



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Título Conferido: Mestre em Enfermagem

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

Coorientadora: Professora Mestre Paula Oliveira

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Susana Cristina Marques Almeida Simões

junho
2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins
Coorientadora: Professora Mestre Paula Oliveira

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Susana Cristina Marques Almeida Simões

junho
2015

*Se não houver frutos, valeu a beleza das flores...
Se não houver flores, valeu a sombra das folhas...
Se não houver folhas, valeu a intenção da semente...
(Autor desconhecido)*

Aos meus avós.

Agradecimentos

À Professora Doutora Filomena Martins orientadora deste relatório, pela disponibilidade e incentivo.

À Professora Mestre Paula Oliveira coorientadora, pela disponibilidade e apoio.

A todos os Professores da ESSP que lecionaram no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos saberes transmitidos.

Aos meus Pais, pelo apoio e incentivo.

Ao meu Irmão e Familiares pelo ânimo para continuar.

Ao Manuel, pelo carinho, compreensão e força.

Aos meus amigos e colegas a compreensão pela reduzida disponibilidade.

A todos os idosos que participaram no diagnóstico de saúde respondendo às perguntas do questionário, bem como nas diversas atividades desenvolvidas.

A todos os colegas do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem da ESSP, especialmente às colegas do grupo de estágio, Aline, Helena, Nélia e Rosário, pelo apoio, convívio e partilha de saberes.

À União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale Açor e seus funcionários, pela disponibilidade, colaboração e cedência das suas instalações para o desenvolvimento das atividades do estágio.

Ao Destacamento Territorial da Guarda Nacional Republicana de Ponte de Sor pela disponibilidade, colaboração e empréstimo de material audiovisual.

À Helpphone pela disponibilidade e colaboração.

Ao Centro de Saúde de Ponte de Sor pela publicação de artigos no seu jornal digital “Sor Saúde”.

À Direção do Jornal “Aponte” pela publicação dos artigos.

A todos quantos colaboraram direta ou indiretamente neste trabalho, o meu muito obrigado pela disponibilidade e generosidade.

Resumo

Este relatório insere-se no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária integrado no 3º Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, que decorreu entre 16 de setembro de 2013 e 31 de janeiro de 2014 na Freguesia de Tramaga.

Tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, no estágio foram planeadas e desenvolvidas atividades na comunidade, direcionadas para os problemas e necessidades identificadas, contribuindo para a minimização dos mesmos, e para a capacitação dos idosos para a adoção de estilos de vida saudáveis.

As atividades desenvolvidas consistiram na promoção da saúde através de sessões de educação para a saúde, fomentando estilos de vida saudáveis, procurando envolver Entidades da comunidade através de parcerias.

Este relatório tem como finalidade descrever, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas durante o estágio. Todas as atividades previstas foram realizadas, contribuindo para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Envelhecimento, Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde, Planeamento em Saúde, Estilos de Vida Saudáveis.

Abstract

This report comes within the internship for community intervention, in the third master's degree in nursing, Community Nursing Specialization which took place from 16th September to 31st January 2014, in Tramaga parish.

Basing on health planning as a starting point, on stage several interventions were carried out focusing on the elder's needs and other identified problems. This aimed to minimize their problems as well as help them to realise the importance of having a healthier lifestyle.

All the activities developed consisted of health promotion within educational health sessions which put forward healthy lifestyles, connecting community organizations through partnerships.

This report aims to describe, analyse and evaluate all the interventions developed along the internship. The planned activities were all fullfield and provided the development of the specific skills required by the community nursing specialized nurse and public health, according to the Medical Association.

Key words: Aging, Community Nursery, Health Promotion, Health Planning, Healthy Lifestyles.

Abreviaturas e símbolos

ADN – Ácido desoxirribonucleico

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

BCG – 'Boston Consulting Group'

CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano

CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CMPS – Câmara Municipal de Ponte de Sor

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dr. – Doutor

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre

etc. – *et cetera*

f. – folha

GNR – Guarda Nacional Republicana

h – horas

hab – habitantes

ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

km – quilómetro

km² – quilómetro quadrado

m – minutos

mmHg – milímetros de mercúrio

nº – número

NIS – Núcleo Idosos em Segurança

NUTS II – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.e. – por exemplo

PICO – Problema Intervenção Comparação ‘Outcomes’

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNAR 75 – Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos

S. Martinho – São Martinho

Sr. – Senhor

UF – União Freguesias

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

3º – terceiro

% – por cento

€ – euros

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	14
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	19
1.1.1 – Metodologia PICO.....	20
1.2 – ENVELHECIMENTO.....	23
1.3 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	24
1.3.1 – Alterações Físicas.....	25
1.3.2 – Alterações Psicológicas.....	29
1.3.3 – Alterações Sociais.....	30
1.4 – ENVELHECIMENTO ATIVO	31
1.5 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	33
1.6 – PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	36
1.6.1 – Teoria de Organização Comunitária.....	41
1.7 – PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	44
2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	51
2.1 – CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	51
2.1.1 – Retrospectiva histórica.....	52
2.1.2 – Localização geográfica e acessibilidade.....	52
2.1.3 – Recursos de Saúde.....	52
2.1.4 – Rede Social.....	53
2.1.5 – Freguesia de Tramaga.....	59
2.1.5.1 – Rede Social da Freguesia de Tramaga.....	60
2.2 – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	61
3 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	63
3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	63

3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	66
3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	69
3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	73
3.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	80
3.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	80
3.7 – EXECUÇÃO.....	83
3.8 – AVALIAÇÃO.....	93
4 – ANÁLISE CRÍTICA.....	101
CONCLUSÃO.....	112
BIBLIOGRAFIA.....	118
APÊNDICES.....	131
Apêndice I – Análise de artigos pela metodologia PICO	132
Apêndice II – Projeto de Estágio de grupo	144
Apêndice III – Projeto de Estágio individual	201
Apêndice IV – Questionário: Necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga	260
Apêndice V – Cartaz de divulgação do “Atelier de Saúde”	272
Apêndice VI – Plano de Sessão “Atelier de Saúde”	274
Apêndice VII – Folheto informativo “Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...”	278
Apêndice VIII – Folheto informativo “Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável”	281
Apêndice IX – Folha de registo de dados e movimento do “Atelier de Saúde”	284
Apêndice X – Fotografias da atividade “Atelier de Saúde” realizada a 16 de novembro de 2013	286
Apêndice XI – Convite à População para participação no “Fórum Comunitário”	288
Apêndice XII – Convite às Entidades Locais/Concelhias para participação no “Fórum Comunitário”	290
Apêndice XIII – Plano de Sessão do “Fórum Comunitário”	292
Apêndice XIV – Diapositivos em powerpoint apresentados no “Fórum Comunitário”	295
Apêndice XV – Fotografias do “Fórum Comunitário” realizado a 29/11/2013	313

Apêndice XVI – Convite às Entidades Locais/Concelhias para a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.....	316
Apêndice XVII – Convite à População para a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.....	318
Apêndice XVIII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.....	320
Apêndice XIX – Diapositivos em <i>powerpoint</i> apresentados na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.....	324
Apêndice XX – Folheto informativo “Prevenir para não cair...”.....	334
Apêndice XXI – Folheto informativo “Inverno em segurança”.....	337
Apêndice XXII – Fotografias da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” realizada a 6 de dezembro de 2013.....	340
Apêndice XXIII – Publicação dos artigos “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” e “Saber mais, viver melhor” no Jornal Digital “Sor Saúde”.....	343
Apêndice XXIV – Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal “Aponte”	347
Apêndice XXV – Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor” no Jornal “Aponte”	349
Apêndice XXVI – Cronograma da Intervenção Comunitária	351
ANEXOS	353
Anexo I – Edital da União de Freguesias sobre a realização do “Atelier de Saúde”.....	354
Anexo II – Edital da União de Freguesias sobre a realização da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.....	356
Anexo III – Notícia sobre a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” publicada no Jornal “Ecos do Sor” a 10 de dezembro de 2013.....	358
Anexo IV – Folheto distribuído pela GNR na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”	360
Anexo V – Folheto distribuído pela Helpphone na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.....	363

Índice de Figuras

	f.
Figura 1 – Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde.....	46
Figura 2 – Mapa do concelho de Ponte de Sor.....	51
Figura 3 – Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.....	58
Figura 4 – Foto da adesão ao “Atelier de Saúde”.....	287
Figura 5 – Foto dos participantes no “Atelier de Saúde”.....	287
Figura 6 – Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga.....	314
Figura 7 – Foto dos presentes no “Fórum Comunitário” no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.....	314
Figura 8 – Momento de esclarecimento de dúvidas após a apresentação.....	315
Figura 9 – Lanche convívio no final do “Fórum Comunitário”.....	315
Figura 10 – Apresentação do grupo de mestrandas na Sessão “Segurança do Idoso”.....	341
Figura 11 – Apresentação da GNR sobre Idosos em Segurança.....	341
Figura 12 – Apresentação da Helpphone sobre Teleassistência Domiciliária.....	342
Figura 13 – Foto do Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.....	342

Índice de Quadros

	f.
Quadro 1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.....	60
Quadro 2 – Problemas identificados na população inquirida.....	65
Quadro 3 – Problemas mais importantes.....	67
Quadro 4 – Problemas menos importantes.....	67
Quadro 5 – Problemas residuais.....	67
Quadro 6 – Comparação por pares dos problemas.....	68
Quadro 7 – Lista de problemas por ordem de prioridades.....	69
Quadro 8 – Estratégias delineadas e respetivos problemas priorizados.....	75
Quadro 9 – Análise pela metodologia PICO do artigo 1: “Suporte social, empowerment e doença crónica”.....	133
Quadro 10 – Análise pela metodologia PICO do artigo 2: “Atividade física e estado de saúde mental de idosos”.....	135
Quadro 11 – Análise pela metodologia PICO do artigo 3: “Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional”.....	137
Quadro 12 – Análise pela metodologia PICO do artigo 4: “A promoção da saúde em idosos com apoio social”.....	141
Quadro 13 – Plano de Sessão “Atelier de Saúde”	275
Quadro 14 – Plano de Sessão “Fórum Comunitário”	293
Quadro 15 – Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”....	321
Quadro 16 – Cronograma da Intervenção Comunitária.....	352

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório do 2º ano/1º semestre, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

O estágio decorreu entre 16 de setembro de 2013 e 31 de janeiro de 2014, junto da população com 65 ou mais anos de idade residente na Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor. Envolveu um grupo de 5 mestrandas, e foi orientado pela Professora Doutora Filomena Martins, docente da Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre.

A evolução demográfica em Portugal caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores, e uma redução do peso da população jovem. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas, desencadeou alterações no perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais relevante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa. O envelhecimento advém da transição demográfica das sociedades, explicada como a passagem dum modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, em simultâneo, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações (Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa [CEPCEP], 2012).

O envelhecimento da população tornou-se numa das principais preocupações dos intervenientes na área da saúde e começa a influenciar profundamente a prática dos cuidados de enfermagem (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). A complexidade e a extensão dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas tornam urgente o desenvolvimento de investigação nesta área, de modo a que a prática de cuidados às pessoas idosas se possa alicerçar nos conhecimentos derivados da prática (Moniz, 2003).

A investigação em enfermagem, na área da saúde do idoso, é fulcral para a adequação dos cuidados de enfermagem ao idoso e à sua realidade, para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos (Páscoa, 2008).

O Estágio inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pela mobilização dos vários saberes da prática profissional visa o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, que é definido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] no ponto 3 do artigo 4º, como

“(…) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído o título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 1996: 3).

“A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade” (OE, 2010b: 1). Como tal, é a área da enfermagem que se apresenta mais competente para atuar junto da comunidade, e neste caso particular, junto dos idosos, de modo a contribuir para que estes possuam um envelhecimento saudável.

De acordo com o Regulamento n.º 128/2011,

“(…) o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (OE, 2010b: 1).

Assim sendo, deverá desenvolver competências que lhe permitam

“(…) participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (OE, 2010b: 1).

Daqui decorrem as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros (artigo 4.º, Regulamento n.º 128/2011):

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
 - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”
- (OE, 2010b: 2).

O estágio desenvolvido na Freguesia de Tramaga, baseou-se na metodologia do planeamento em saúde, percorrendo as respetivas etapas. Através do diagnóstico de situação, primeira etapa do planeamento em saúde, realizado no 2º semestre do 1º ano, foi possível

identificar os principais problemas e necessidades da população. De seguida passámos às etapas subsequentes do planeamento em saúde, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a preparação da execução, a execução e a avaliação, as quais explicitaremos no capítulo 3 deste relatório.

O estágio teve como objetivos gerais:

- Promover a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga;
- Promover a capacitação da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis.

A intervenção comunitária incidiu no desenvolvimento de atividades, planificadas no projeto de estágio, que visassem dar resposta aos problemas e necessidades de saúde dos idosos em estudo, no sentido de promover um envelhecimento saudável e ativo, suportado pela promoção de estilos de vida saudáveis e do combate aos fatores de fragilidade desta fase do ciclo vital, capacitando o cidadão para escolhas informadas, assumindo um papel relevante na gestão da sua saúde.

Sustentam também esta decisão, as propostas apresentadas no relatório bienal acerca de áreas prioritárias de investigação em enfermagem, relativas ao triénio 2010-2012 pela Comissão de Formação do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010c), entre outras, a capacitação (*empowerment*) dos clientes, a promoção da saúde e os cuidados de saúde na comunidade.

Uma estratégia utilizada na intervenção comunitária foi o recurso a parcerias locais, indo ao encontro de PORTUGAL (2012), que defende que se devem desenvolver atividades de formação, intervenção e colaboração intersectoriais a nível local, regional e nacional, com o intuito de criar sinergias, continuidade de ação e interligação entre profissionais e instituições, com vista a dar resposta a necessidades de saúde.

O PNS 2012-2016 contém objetivos para o sistema de saúde relacionados com a promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo da vida, destacando no envelhecimento ativo as seguintes áreas com recomendações de intervenção a considerar:

- “- Gestão da doença crónica e patologia múltipla;
- Determinantes de saúde e estilos de vida saudáveis: redução do consumo de tabaco e álcool; sexualidade segura;
- Promoção da atividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável;
- Promoção da autonomia;
- Combate à exclusão/isolamento social” (PORTUGAL, 2012: 16).

Importa realçar que este relatório de estágio tem como objetivo geral:

- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio.

E como objetivos específicos:

- Descrever cronologicamente de forma sucinta as atividades e estratégias desenvolvidas durante os estágio;
- Avaliar a concretização das atividades desenvolvidas;
- Refletir sobre as experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Para a realização do presente relatório recorreremos por um lado, à pesquisa bibliográfica que permitirá abrir horizontes e fundamentar as atividades desenvolvidas durante o estágio e, por outro lado, à aplicação da metodologia do planeamento em saúde em todas as suas fases que norteou o estágio, dando ênfase ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros acerca das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Do ponto de vista estrutural, este relatório será dividido em quatro capítulos. O primeiro será dedicado ao enquadramento teórico, no qual serão explorados vários temas, nomeadamente: a prática baseada na evidência e metodologia PICO; o envelhecimento; o processo de envelhecimento e respetivas alterações físicas, psicológicas e sociais; o envelhecimento ativo; o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária; a promoção da saúde e a teoria de organização comunitária; e a finalizar o planeamento em saúde. O segundo capítulo caracterizará o local de estágio, através de uma breve abordagem do Concelho de Ponte de Sor em termos históricos, geográficos, sociais e de saúde. Será também abordada a Freguesia de Tramaga e a sua rede social. Este capítulo será encerrado com a justificação do local de estágio. O capítulo seguinte diz respeito à intervenção comunitária, onde será efetuada a descrição das atividades realizadas no estágio organizadas segundo as respetivas etapas do planeamento em saúde. No quarto capítulo será feita uma análise crítica acerca das atividades desenvolvidas no estágio. Por último será apresentada a conclusão, na qual se fará referência às competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária descrito pela Ordem dos Enfermeiros, e por nós desenvolvidas. Pela dimensão do relatório, os apêndices e os anexos serão apresentados em suporte digital.

Este documento foi elaborado de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e com o novo acordo ortográfico de Língua Portuguesa.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática dos cuidados de enfermagem envolve um conhecimento teórico atualizado, presumindo uma formação contínua e constante, uma vez que, as questões que se apresentam no quotidiano necessitam de respostas baseadas na evidência científica.

Segundo o artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 1996: 4).

O mesmo documento refere que “os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área...da investigação para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem...participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem...” (OE, 1996: 4).

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que busca incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é usado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

“Considera-se uma prática de enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006: 1).

A prática baseada na evidência, sustenta-se na utilização consciente, explícita e criteriosa de melhor evidência científica disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada pessoa (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000).

A investigação em enfermagem, na área da saúde do idoso, é fulcral para a adequação dos cuidados de enfermagem ao idoso e à sua realidade, para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos (Páscoa, 2008).

1.1.1 – Metodologia PICO

A metodologia PICO tem como objetivo desenvolver estratégias para uma pesquisa bibliográfica de evidências. A prática baseada em evidências propõe que os problemas clínicos que surgem na prestação de cuidados, de ensino ou investigação, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando a metodologia PICO que representa um acrónimo para Problema, Intervenção, Comparação, e ‘Outcomes’ ou resultados (Santos, Pimenta & Nobre, 2007).

Foram utilizadas como fontes de pesquisa online: Biblioteca de Conhecimento Online (B-on), ProQuest, SciELO (Scientific Electronic Library Online), REV@ENF (Portal de Revistas de Enfermagem), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, e Google académico, procurando artigos científicos.

A pesquisa decorreu durante o estágio, ou seja, entre setembro de 2013 e janeiro de 2014, bem como em setembro e outubro de 2014, no sentido de atualização da pesquisa.

A pesquisa teve como palavras-chave: promoção da saúde e idosos, envelhecimento ativo, *empowerment* e doença crónica, saúde mental e idosos.

Das várias pesquisas efetuadas resultaram um número de artigos aos quais foram aplicados critérios de exclusão como serem artigos não publicados, teses, publicações parciais, ou artigos anteriores ao ano 2008.

Os 47 artigos resultantes foram submetidos numa primeira fase à leitura do título e resumo e numa segunda fase com leitura integral do texto, tendo sido selecionados 4 artigos, pela relevância dos conteúdos apresentados face às temáticas evidenciadas.

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer um inventário e um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos analisados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 2000).

Procedeu-se a uma revisão da literatura de quatro artigos científicos através do método de PICO, com o principal objetivo de maximizar as informações recolhidas nas bases de dados, focar o âmbito da pesquisa e facilitar o acesso às principais informações do artigo, e apresenta-se sob a forma de um quadro, em que a cada inicial corresponde uma coluna. Para que toda a informação necessária à referência do artigo seja reunida, é acrescentada uma primeira coluna, com os dados bibliográficos do mesmo.

Como foram selecionados quatro artigos, estes foram numerados aleatoriamente de 1 a 4, surgindo essa informação na referida coluna. Assim, a partir dos quatro artigos selecionados, foi possível obter a análise organizada nos quadros que se apresentam no apêndice I.

No entanto, passo a mencionar de forma sumária os principais ‘outcomes’ obtidos nos artigos seleccionados, que sustentam as estratégias delineadas para a intervenção comunitária.

Assim, em relação ao artigo “Suporte social, *empowerment* e doença crónica” de Cunha, Chibante & André (2014), é de ressaltar que as relações sociais que a pessoa mantém podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde. A intervenção dos enfermeiros deverá sustentar-se em estratégias que promovam o *empowerment* das pessoas, facultando-lhes apoio informativo, emocional e instrumental que favoreçam a capacitação para a autonomia e autogestão de doenças como por exemplo, a diabetes. Dever-se-á incentivar à mudança de comportamentos através de ajuda especializada por parte dos profissionais de saúde, focando o seu empenho nas boas práticas de cuidados de saúde humanizados, ricos em calor humano, técnica e cientificamente corretos com especial enfoque para considerar os determinantes sociais facilitadores do empoderamento/capacitação dos doentes.

Segundo Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves (2008), autores do artigo “Atividade física e estado de saúde mental de idosos” é imprescindível estabelecer ações norteadoras das políticas públicas de saúde para promover e manter o envelhecimento ativo, saudável e com mais qualidade de vida. Existe uma relação significativa entre os níveis de atividade física e o estado de saúde mental, ou seja, a associação evidencia menor prevalência de indicadores de depressão e demência em idosos não sedentários. Reafirma-se a importância de se manter ativo, e que a atividade física influencia a resposta à depressão, ampliando o convívio social e a estimulação corporal.

Em relação ao artigo “Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional” de Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira (2012) destaca-se o tema do envelhecimento ativo, que corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do ser que está inserido num contexto social, referindo-se ao idoso que é capaz de desenvolver as suas potencialidades. Daí a importância do apoio da política, da família, da sociedade, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, todos juntos na luta contra a discriminação e o preconceito que gira em torno do envelhecimento. É necessário o incremento de políticas e programas sociais de envelhecimento ativo, com a intenção de prevenir e retardar as debilidades e doenças crónicas associadas a esse período da vida humana. Considera-se que a prática de qualquer atividade e não apenas a física, constitui um meio de manter e/ou

melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida quotidiana, como procura de melhoria da qualidade de vida. Devem também ser elaboradas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que interfiram diretamente na manutenção da capacidade funcional destes idosos. Deve-se levar em conta que esta capacidade funcional depende também de fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida. Pelo que os profissionais de saúde devem estar atentos não só às alterações físicas e fisiológicas, advindas do processo de envelhecimento, mas também às alterações na dinâmica sociofamiliar.

Reis & Almeida (2013), autores do artigo “A promoção da saúde em idosos com apoio social” defendem que os profissionais de saúde são agentes fundamentais no acompanhamento dos doentes crónicos, e no âmbito da promoção da saúde. A passagem de informação e o tipo de linguagem utilizada assumem particular importância junto de uma população com características específicas e um baixo grau de escolaridade. Das áreas de promoção da saúde, a alimentação e a atividade física assumem particular importância no controlo de peso, o que reforça a prioridade e necessidade de avaliar o tipo de alimentação praticado e a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto dos idosos. Sendo que o desenvolvimento de atividades físicas menos sedentárias não só contribuirá para o controlo de peso, como para a ocupação dos idosos, o que constitui também uma forma para evitar sentimentos de inutilidade. Para além da intervenção direta junto dos próprios idosos devem também ser incluídos os familiares através de atendimentos personalizados e sessões de sensibilização/informação sobre alguns temas, como por exemplo, a prevenção de acidentes domésticos. A promoção de estratégias locais, tal como parcerias entre diferentes serviços integrados na comunidade (Centros de Saúde, Juntas de Freguesias, Instituições, Associações, Universidades, etc) são ações que poderão contribuir para uma resposta mais eficaz e mais adequada às necessidades das pessoas idosas sem implicar custos adicionais aos agentes envolvidos.

“Tal como a evidência científica deve mostrar relevância para dar resposta às necessidades de saúde das pessoas, também o modo como ela é transferida e implementada pode constituir um modelo de referência para boas práticas” (Loureiro, 2013: 1).

Os enfermeiros têm estado na vanguarda ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

Segundo os mesmos autores os profissionais de enfermagem assumem que uma prática baseada na evidência conduz a melhores cuidados e práticas clínicas, associando esta dimensão a um maior desenvolvimento profissional.

1.2 – ENVELHECIMENTO

O ser humano não envelhece de uma só vez, mas gradualmente, de maneiras e ritmos diferentes (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

O envelhecimento é um fenómeno universal, irreversível e inevitável em todos os seres vivos, caracterizado pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida (PORTUGAL, 2004).

“O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como nas demais fases” (Netto & Ponte, 1996: 5).

Quando se fala de envelhecimento é crucial definir idoso, que segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], é definido como todo o indivíduo com mais de 65 anos independentemente do género ou estado de saúde (Espadaneira, 2008).

O envelhecimento pode ser dissecado sob duas grandes perspetivas: a individual e a demográfica (Moura, 2006). O envelhecimento individual é determinado pelo aumento da longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança de vida, enquanto que o envelhecimento demográfico, é definido pelo aumento da proporção de pessoas idosas na população total (INE, 2002).

A melhoria das condições de vida das populações ao nível global, o declínio das taxas de mortalidade infantil e de natalidade, o controlo de doenças transmissíveis e infecciosas assim como um maior acesso aos cuidados de saúde, tem proporcionado um aumento da esperança de vida com consequente aumento da população idosa (Mendes, 2008).

Em todo o mundo, verifica-se um aumento da população idosa e um decréscimo da população mais jovem. Prevê-se que nas próximas décadas o envelhecimento aumentará no país, como no mundo mas em momentos e ritmos diferentes. O ritmo tornar-se-á mais lento com o reforço da população idosa na população total (Castilho, 2010).

À data dos Censos 2011 residiam em Portugal 10 562 178 habitantes, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres (INE, 2012).

O peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade, uma vez que a percentagem de idosos aumentou de 16% em 2001 para 19% em 2011, sendo que em 2011 os indivíduos a residir em Portugal com 65 e mais anos eram 2 010 064. A Região do Alentejo é a que detém a maior percentagem de população idosa com 24%. O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território, sendo que em 2011 o Índice de Envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. Indo ao encontro do que foi referido anteriormente, a região do Alentejo é a mais envelhecida com índice de 178 (INE, 2012).

Importa definir que o Índice de Envelhecimento corresponde à relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas dos 0 aos 14 anos) (INE, 2012).

O Índice de Longevidade é uma medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Em 2011 este índice era de 48, contra 41 em 2001. O aumento da esperança média de vida reflete bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas. O Alentejo com cerca de 52 é a única NUTSII em que o índice já ultrapassa os 50, o que significa que a maioria da população idosa já tem mais de 75 anos (INE, 2012).

Tais factos vão ao encontro do defendido por Moura (2006: 41) que refere que “a longevidade assume especial relevância nas sociedades modernas do mundo ocidental, instituindo modificações na perspetiva demográfica, onde o número de pessoas com 65 e mais anos aumentou abundantemente em analogia com os tempos passados”.

1.3 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos, e o seu termo natural, é a morte do organismo (Cancela, 2007).

Netto & Borgonovi (1996) caracterizam o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

“É um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes em cada ser humano” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 145).

O processo de envelhecimento pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo (Zimerman, 2000).

1.3.1 – Alterações Físicas

O envelhecimento ocorre em todos os níveis do organismo, isto é, celular, orgânico e sistêmico, geralmente no sentido de deterioração, o que faz com que as perdas de células e de reserva fisiológica componham o processo de envelhecimento a nível fisiológico (Netto, 1996).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa adota desde a infância ou adolescência. O organismo envelhece como um todo, já os seus órgãos, tecidos, células e estruturas subcelulares têm envelhecimentos diferenciados (Garcia et al., 2006).

O envelhecimento fisiológico abarca várias alterações nas funções orgânicas e mentais desencadeadas pelos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo seja incapaz de manter o equilíbrio homeostático e conseqüentemente que as funções fisiológicas comecem a declinar, levando à diminuição progressiva da reserva funcional (Cancela, 2007).

Sendo o envelhecimento um processo natural e não uma doença, em condições normais um organismo envelhecido pode sobreviver adequadamente. No entanto, se for sujeito a situações de stresse físico, emocional ou outras, pode ter dificuldades em manter a sua homeostasia manifestando sobrecarga funcional, a qual pode originar processos patológicos devido ao compromisso dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (Cancela, 2007).

“Não há dúvida que com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais que embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal.” (Netto & Ponte, 1996: 7).

Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995) as mudanças estruturais podem alterar não só o funcionamento do organismo bem como a aparência corporal. Estas mudanças ocorrem a diferentes níveis, nomeadamente células e tecidos; composição global do corpo e peso corporal; músculos, ossos e articulações; pele e tecido subcutâneo; e tegumento. Estas

mesmas alterações serão abordadas mais pormenorizadamente de seguida, tendo por base os mesmos autores.

Em relação às células, estas têm uma longevidade precisa, ou seja, não se dividem indefinidamente, havendo um decréscimo da sua capacidade mitótica com a idade. As células perdem alguns elementos como o ADN, e aumentam a percentagem de tecidos gordos e fibrosos à custa dos tecidos magros. As células especializadas vão perdendo a sua capacidade para desempenhar as suas funções, e ocorre interação com outras células devido à deterioração do meio extra-celular. Ocorre uma diminuição gradual de células. O número de glóbulos vermelhos, assim como o seu conteúdo em hemoglobina diminui gradualmente de um modo significativo. Também os glóbulos brancos sofrem alterações que vão contribuir para a diminuição da resistência dos idosos a infeções.

Todas estas alterações celulares vão dificultar a homeostase, processo que permite que o organismo reaja ao stresse e se adapte, no entanto, estas alterações não permitem que o organismo construa reservas orgânicas, o corpo consegue funcionar adequadamente em repouso ou aquando de atividades moderadas, mas tem dificuldade na adaptação ao stresse.

Os tecidos sofrem alterações que provocam o aparecimento de rugas devido à alteração das gorduras subcutâneas e à perda de elasticidade da pele. Todas as alterações celulares e tecidulares parecem ser regressivas e atroficas. Por exemplo, as perdas celulares a nível cerebral começam desde os trinta anos e prosseguem de maneira continua até à morte. Tanto os músculos como o tecido muscular atrofiam, tornando-se menos elásticos com a idade, ao mesmo tempo que os ossos diminuem no diâmetro e se tornam mais leves, porosos e frágeis, devido às perdas de cálcio a nível da sua matriz. A massa tecidular do fígado, pâncreas e rins também diminui. Os elementos componentes da massa corporal sofrem alterações durante o envelhecimento devido às perdas ósseas e cálcicas, diminuição dos tecidos musculares e orgânicos, e das perdas de peso totais. Mesmo que o peso do idoso se mantenha estável, a proporção de tecidos gordos aumenta. Vai haver acumulação de gorduras entre as fibras musculares e em torno das vísceras, substituindo assim a massa magra do organismo.

No que diz respeito à composição global do corpo e peso corporal, com a idade há perda da massa magra do corpo, aumenta a proporção de gordura, diminui a massa de água no corpo e aumenta o volume plasmático.

Relativamente a músculos, ossos e articulações é de referir que todos os músculos especialmente do tronco e das extremidades atrofiam com a idade conduzindo a uma degeneração do tônus muscular, perda de potência, força e agilidade. Nas articulações os ligamentos calcificam e ossificam, ao mesmo tempo que a própria articulação diminui de

tamanho provocando a limitação da funcionalidade. Verifica-se também uma diminuição de altura do idoso, induzida pelo estreitamento das vértebras dorso-lombares. Os ossos tornam-se mais frágeis pela diminuição de poder de fixação do cálcio originando a osteoporose, mais frequente na mulher, sendo muitas vezes a causa de fraturas. A diminuição da cavidade torácica provocada pela osteoporose pode levar a uma diminuição da amplitude respiratória.

A nível da pele e tecido subcutâneo é de referir que a pele fica cada vez mais fina e seca com perda de elasticidade e um tom amarelado. A reepitelização é mais lenta, e existe uma diminuição da sua vascularização em consequência da diminuição do colagénio e dos fibroblastos. Aparecem frequentemente manchas desencadeadas pelas alterações nos melanócitos e pela fragilidade capilar.

Em relação aos tegumentos, devido a modificações de algumas células os cabelos ficam mais fracos, com menos volume e embranquecem. Ocorre uma diminuição dos pêlos ao longo do corpo exceto na cara onde por vezes aumenta. Nas unhas o crescimento é mais lento, tornam-se mais espessas, ficando secas e quebradiças.

Para além das alterações estruturais, as modificações fisiológicas do envelhecimento englobam também alterações funcionais que abordarei de seguida, tendo por base Berger & Mailloux-Poirier (1995).

Relativamente ao sistema cardiovascular há uma diminuição da capacidade máxima do coração pela perda de eficácia e contratilidade do músculo cardíaco, o fluxo sanguíneo fica mais lento diminuindo o aporte de sangue às extremidades, os vasos sanguíneos perdem a elasticidade e calcificam, a associação destes fatores podem originar a hipertensão arterial. É também importante referir que no idoso, após uma situação de esforço ou stresse, o músculo cardíaco carece de mais tempo para recuperar.

No sistema respiratório as principais alterações resultam da perda de elasticidade e permeabilidade dos tecidos circundantes aos alvéolos, provocando uma redução da absorção de oxigénio no sangue. Estas alterações associadas às mudanças da estrutura do tórax e da parte muscular diminuem a eficácia da tosse dificultando a eliminação de secreções, originando muitas vezes complicações como o enfisema ou bronquite.

Em relação ao sistema renal e urinário, observa-se uma diminuição do fluxo plasmático renal e da taxa de filtração glomerular, ocasionando uma menor eficácia dos rins. A bexiga perde gradualmente a elasticidade, diminuindo a capacidade de retenção da urina. Os esfíncteres da uretra enfraquecem e pode surgir a incontinência, sendo mais frequente nas mulheres que nos homens.

No sistema gastrointestinal, o desgaste e/ou a falta de dentição, afetam o processo de mastigação e de digestão; a diminuição das papilas gustativas modifica o paladar e associado à diminuição do olfato leva a uma diminuição do apetite; a diminuição da produção de saliva aumenta a secura da boca; o reflexo de deglutição também diminui, podendo o idoso fazer uma aspiração de alimentos ou da própria saliva; o estômago fica com maior tendência para o crescimento de bactérias e fungos devido à menor produção das glândulas e à menor capacidade de esvaziamento gástrico; as alterações do fígado diminuem a absorção de gorduras provocando deficiências em vitaminas lipossolúveis; a diminuição do tônus muscular intestinal e da motilidade juntamente com a ausência de lubrificação do intestino pelas glândulas da mucosa intestinal conduzem a um dos grandes problemas no idoso: a obstipação.

No que concerne ao sistema nervoso e sensorial, a diminuição do número de neurónios origina uma redução das fibras e dos feixes nervosos e uma diminuição da capacidade de transmissão ou de receção dos influxos nervosos ao cérebro. Estas alterações podem provocar perdas de memória, aumento do tempo de reação, despertar mais matinal, alteração de certos comportamentos, movimentos mais lentos, e perda de equilíbrio. A maior parte dos idosos sofre graves perdas ao nível do paladar, do olfato, do ouvido, da visão, bem como da percepção da dor e da temperatura. As alterações nos órgãos dos sentidos são um importante fator motivador de quedas com graves inferências no idoso.

No sistema endócrino e metabólico existe uma dificuldade em metabolizar a glicose, verifica-se uma ligeira diminuição da atividade da tiróide, as alterações hormonais mais importantes ocorrem a nível do sistema reprodutor do homem e da mulher. No homem ocorre uma diminuição do volume dos testículos com atrofia das células intersticiais e diminuição de testosterona, continuando contudo a ser fértil e sem alterações da libido, aparece também uma atrofia da próstata exacerbando a dificuldade em urinar, a ereção é mais difícil; na mulher ocorre uma diminuição de estrogénios, atrofia dos órgãos genitais e cessação do ciclo menstrual (menopausa) surgindo sintomas como sudorese, calores, depressão, cefaleias, insónias e quistos nos ovários, diminuição da lubrificação da vagina e atrofia da mesma, originando dor ou perdas hemáticas nas relações sexuais, aumento do tecido adiposo nas coxas e nádegas, e substituição do tecido glandular das mamas por gordura aumentando a flacidez destas.

O sistema imunitário diminui gradualmente, ficando o organismo mais frágil devido à menor produção de linfócitos que ajudam a combater os agentes stressantes.

No que diz respeito ao ritmo biológico e do sono, os idosos fazem sonos menos longos e dormem mais sestas, acordando mais vezes com períodos de sono ligeiro.

1.3.2 – Alterações Psicológicas

Para além das mudanças físicas abordadas anteriormente, o envelhecimento provoca no ser humano alterações psicológicas que decorrem da dinâmica entre o modo de vida, hábitos, atitudes e hereditariedade de cada indivíduo (Zimerman, 2000).

Nos idosos, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento são causados principalmente pelas perdas de papel, crises, situações de stresse, doença, fadiga, desenraizamento, entre outros fatores, que diminuem a sua capacidade de concentração e reflexão (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A fragilidade do sistema nervoso induz uma suplementar lentidão nas tarefas de memorização, tomada de decisão, aprendizagem e atenção, no entanto, as mudanças psicológicas resultantes do envelhecimento não se confinam na diminuição das funções cognitivas, englobando também problemas afetivos, tais como depressões, sentimentos de solidão e isolamento, e degradação da autoestima e autoimagem (Abreu, 2009).

De acordo com Zimerman (2000), as alterações psicológicas podem resultar na dificuldade de adaptação a novos papéis; na falta de motivação e dificuldade de planear o futuro; na necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; na dificuldade de adaptação às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos idosos; nas alterações psíquicas que exigem tratamento; em depressão, paranóia, suicídio e na baixa autoestima e autoimagem.

De acordo com Moniz (2003) os idosos devem manter atividades que envolvam a memória, a inteligência e a motivação, pois estas permitirão uma boa autoestima e a conservação de um bom nível de autonomia e controlo sobre si.

Para Berger & Mailloux-Poirier (1995) é fundamental que o indivíduo ao longo da sua vida tenha uma boa saúde física e mental para conseguir aceitar bem a velhice. O idoso deve nesta nova fase continuar a viver ativamente e com qualidade, recorrendo a habilidades para manter a sua autoestima e enfrentar novos desafios. Ao sentir-se bem e saudável, a pessoa tem maior facilidade em manter-se ocupada, em manter a vida social, e assim sentir-se útil contrariamente à pessoa que se sente doente e com baixa autoestima, deprimindo esta facilmente.

O envelhecimento além da diminuição da capacidade funcional e cognitiva, acarreta consigo outros problemas, pois do ponto de vista vivencial o idoso está a passar por uma situação de perdas contínuas que podem motivar sentimentos de solidão e isolamento, originar a estados depressivos, com alterações do estado de saúde (Buchman, Boyle, Leurgans, Barnes & Bennett, 2011).

Algumas pessoas idosas podem sentir-se mais vulneráveis à depressão, ao sentirem que o seu mundo se transformou ao não possuírem competências para lidar com as perdas, a incapacidade e as pressões a que se encontram sujeitas (PORTUGAL, 2013).

De acordo com PORTUGAL (2013) encontram-se associados múltiplos fatores ao aparecimento da depressão, nomeadamente perdas afetivas e patrimoniais, lutos, conflitos, isolamento social, para além de doenças somáticas, como hipotireoidismo, cancro, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças reumáticas, osteoarticulares, etc.

A depressão é uma doença bastante frequente e pode trazer consequências na vida da pessoa, como sofrimento e prejuízos ao desempenho social (Garcia et al., 2006).

1.3.3 – Alterações Sociais

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um grande desafio. O envelhecimento tornou-se cada vez mais uma questão social sobre a qual a sociedade se debruça prioritariamente (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002).

Com o aumento de pessoas idosas na população surgem novas pressões sociais e novas necessidades, uma vez que a sociedade terá de encontrar soluções tendo por base a prevalência aumentada de incapacidade das pessoas à medida que os anos passam. O desafio consiste em compreender a natureza e a magnitude dessas necessidades, e selecionar medidas e políticas que ajudarão a melhorar a condição e o desempenho social da população idosa (Netto, 1996).

Motta (2004) defende que o envelhecimento é reflexo de inter-relações sociais e individuais, provenientes de educação, trabalho e experiência de vida. A cada idade a sociedade determina certas funções, adequando o indivíduo a certos papéis sociais (estudante, marido, trabalhador, aposentado, etc.) que este deve desempenhar.

Zimmerman (2000) afirma que o envelhecimento social da população modifica o *status* do idoso, assim como o modo de se relacionar com as pessoas, sendo que essas modificações ocorrem em função de:

- crise de identidade devido à perda de autoestima desencadeada pela ausência do papel social;
- mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade, decorrentes do aumento do seu tempo de vida, aos quais se terá de adequar;
- aposentadoria (reforma), os idosos devem estar preparados para não ficarem isolados, deprimidos e sem rumo, dado que ao reformar-se ainda restam à maioria das pessoas alguns anos de vida;
- perdas diversas como a autonomia, a independência, o poder de decisão e a perda de familiares e amigos;
- diminuição dos contactos sociais em função das suas possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo e circunstâncias financeiras.

De acordo com Abreu (2009) o isolamento e a solidão são cada vez mais característicos dos idosos em função da ascensão quantitativa das famílias nucleares, da morte ou distanciamento por motivos de doença em relação ao círculo de amizades e da transferência gradativa da responsabilidade pela assistência, que por vezes necessitam, dos filhos para a sociedade. A mesma autora defende ainda que se deve promover e assegurar a reintegração social do idoso em atividades adaptadas às suas capacidades, uma vez que a passagem da idade ativa à idade da reforma leva a um esvaziamento do papel social do indivíduo e a um decréscimo das expectativas da sociedade em relação a si.

No entendimento de Assis (2004), o envelhecimento e as suas alterações de saúde levam o idoso ao estreitamento da sua inserção social. As alterações físicas, como perdas sensoriais (deficit auditivo e visual), deficits cognitivos, problemas osteoarticulares, e sequelas de doenças crónicas, são fatores que limitam a mobilidade e a independência do idoso, prejudicando a sua sociabilidade, atividades diárias e bem-estar. Deste modo, um estado de saúde satisfatório permite ao ser humano usufruir do potencial de realização e desenvolvimento pessoal em todos os momentos da vida. Importa também destacar o facto de que questões sociais que permeiam o envelhecimento são enraizadas pelas ideologias e valores de determinado contexto histórico e cultural (Fechine & Trompieri, 2012).

1.4 – ENVELHECIMENTO ATIVO

A Organização Mundial de Saúde (2002) refere que o “envelhecimento normal” engloba as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença ou pelas influências ambientais.

Durante muitos anos, os investigadores preocuparam-se exclusivamente com a longevidade, atualmente para além da longevidade, cada vez mais existe uma maior preocupação com a qualidade de vida.

A OMS (2002), preconiza que o envelhecimento seja um processo ativo e uma experiência positiva, de otimização das oportunidades que proporcionam saúde, participação, segurança, e bem-estar físico, mental e social, ao longo da vida, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid, a OMS sugeriu que o conceito de envelhecimento ativo depende de várias influências ou determinantes que envolvem não só os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. Todos estes fatores, assim como a interação entre eles, representam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento dos indivíduos e das populações (PORTUGAL, 2004).

As Nações Unidas definiram em 1999 o “Ano Internacional da Pessoa Idosa”, desde então têm sido várias as temáticas abordadas relacionadas com o envelhecimento demográfico. Neste seguimento a Comissão Europeia elegeu o ano de 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (Lopes & Lemos, 2012).

A promoção de um envelhecimento ativo ao longo da vida é uma das três áreas de intervenção em que assenta o Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas. De acordo com PORTUGAL (2004), as recomendações sugeridas nesta área são informar e formar as pessoas sobre:

- Exercício físico moderado e regular e as melhores formas de o praticar;
- Estimulação das funções cognitivas;
- Gestão do sono-vigília;
- Nutrição, alimentação, hidratação e eliminação;
- Conservação de um envelhecimento ativo, particularmente na fase da reforma.

A OMS e a Comissão da União Europeia revestem de grande importância todas as medidas políticas e práticas que contribuem para um envelhecimento saudável. Para tal ser atingido, é fundamental promover a autonomia das pessoas idosas valorizando a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, conservar as capacidades cognitivas através da aprendizagem ao longo da vida e manter-se ativo mesmo após a reforma são outros aspetos a considerar (PORTUGAL, 2008a).

1.5 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Segundo o REPE (artigo 4º),

“Enfermagem é a profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.” (OE, 1996: 2).

Citando o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro no artigo 9º alínea b) compete ao enfermeiro “realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e adaptação funcional;” (Assembleia da República, 2009: 6762).

O aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais levou à criação de competências especializadas definidas para o Enfermeiro Especialista.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de maio de 2010, este enfermeiro detém

“...um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010a: 2)

A atuação do enfermeiro especialista engloba competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de distinguir, difundir e levar a cabo investigação pertinente, que possibilite avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2010a).

Deste modo, o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo, e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2010a).

Para a OE (2010a), o enfermeiro especialista deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular, detentor de competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e

investigação. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência.

Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 20 de novembro de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de fevereiro de 2011 (regulamento nº 128/2011) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e o impacto das doenças crónicas, acarretam novas necessidades de saúde. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume um conhecimento aprofundado sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde existentes, o que lhe confere uma grande e adequada capacidade de resposta de acordo com as necessidades do indivíduo, grupo ou comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2010b).

Para a OE (2010b), o enfermeiro com esta formação especializada adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, perspetivando a capacitação e o *empowerment* da comunidade na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Pelo que intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas,

“ (...) evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (OE, 2010b: 1).

De acordo com a OE (2010b) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no âmbito das suas competências específicas, determina a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.

A prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve estar associada a intervenções específicas direcionadas a grupos específicos, no caso particular deste estágio, a população idosa (Thomas, 2005).

O crescente envelhecimento da população surge como um desafio para a comunidade e nomeadamente para a enfermagem.

Deste modo, torna-se essencial que a enfermagem se adapte às novas necessidades da população, porque “a era do envelhecimento na qual entramos, não só tem repercussões sobre a vida pessoal de cada um de nós mas também sobre a nossa vida profissional” (Skeet, 1991: 167).

Dispondo de um corpo autónomo de conhecimentos o profissional de enfermagem integra uma equipa multiprofissional, onde de forma clara e compreensiva contribui para o plano de assistência à pessoa idosa, intervindo de forma humana e competente na satisfação das necessidades; pode ser efetuada em diferentes contextos, entre eles, na própria casa dos indivíduos/famílias e, em parceria com os diversos intervenientes (Carvalho, 1996). Pois, “os cuidados aos idosos (...) não se improvisam: apoiam-se em noções teóricas e práticas específicas e administram-se num contexto de colaboração, de amor e de respeito entre os idosos, as suas famílias e todos os intervenientes” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 8).

Ao utilizar uma abordagem holística no cuidado ao idoso o profissional de enfermagem, considera a especificidade e a multidimensionalidade desta pessoa, orientando a sua intervenção para os cuidados específicos, o que preceitua a uma maior utilização dos conhecimentos adquiridos, da criatividade e da capacidade de compreender as relações existentes entre o idoso, a sua família e a sua comunidade (Santos, 2000).

De acordo com a OMS (1984) os objetivos para a prestação de cuidados à pessoa idosa devem prevenir a perda de capacidades funcionais; manter a qualidade de vida; mantê-la em lugar adequado; fornecer apoio à sua família; oferecer assistência de qualidade; contribuir para que possa morrer tranquilamente propiciando-lhes cuidados adequados (Moniz, 2003).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve ajudar na aquisição de conhecimentos, facilitar o acesso às redes de apoio ao indivíduo, à família, à comunidade com outros membros da equipa multidisciplinar, com a finalidade de manter o melhor estado de saúde e a independência do indivíduo (Uttley & Prowant, 1994 citado por Thomas, 2005).

Páscoa (2008), baseada em Berger & Mailloux-Poirier (1995), faz referência que os enfermeiros deverão atender a alguns propósitos na realização de cuidados às pessoas idosas, designadamente: prevenir eventuais complicações decorrentes de situações patológicas; prevenir o isolamento social; promover e proteger a saúde; satisfazer as necessidades de saúde

identificadas, percebidas e/ou expressas; fomentar a identidade e a autonomia da pessoa; auxiliar o indivíduo a desenvolver novas capacidades; estimular o indivíduo a inserir-se no seu meio e auxiliar o indivíduo a preservar as suas capacidades físicas, sociais e psicológicas.

Os enfermeiros devem preocupar-se, nomeadamente, com ações que promovam a educação para a saúde e aconselhamento da pessoa idosa e da comunidade. Estas ações incluem, no âmbito da promoção da saúde, a realização, participação ou incentivo a atividades, tais como, prática de exercício, nutrição, promoção do autocuidado, prevenção de acidentes, assim como todas as atividades que defendam a mudança de estilos de vida e promoção de um envelhecimento saudável (Stanhope & Lancaster, 1999; Castilho, 2010).

De acordo com Bara & Paschoalin (2008) o papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável passa por estimular o idoso na realização do seu auto cuidado; orientar o idoso, família e comunidade para uma nova forma de convívio com o processo de envelhecimento; promover ações específicas de atenção à saúde do idoso que tendam a promover a saúde, a prevenir agravamentos e controlo de patologia; implementar ações educativas que focalizem a manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa; ajudar o idoso, conjuntamente com a equipa multidisciplinar, na conquista de qualidade de vida e estimular a adesão de hábitos de vida saudáveis, designadamente alimentação, atividades físicas, convívio social e higiene.

Os enfermeiros na comunidade adotam um papel de relevo, por assumir o compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, na prevenção da doença, no planeamento, na coordenação, na gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade (Dias, 2010).

1.6 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Relatório Lalonde, em 1974, assumiu um importante papel no movimento contemporâneo da promoção da saúde, uma vez que foi o primeiro documento oficial a usar este conceito, e a atribuir-lhe prioridade ao nível das políticas de saúde, estimulando a informação, a motivação e o apoio dos indivíduos e organizações, com o intuito de assumirem maiores responsabilidades e serem mais ativos ao nível da saúde (Lalonde, 1981).

A partir do final da década de 70, houve preocupação por parte da Organização Mundial de Saúde em criar condições favoráveis para o desenvolvimento de políticas sustentadas e sustentáveis, que previnam a doença e promovam a saúde das populações a nível mundial,

através das respetivas Conferências Internacionais (Heidmann, Almeida, Eggert, Wosny, & Monticelli, 2006).

Evidencia-se a Declaração de Alma-Ata resultante da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários realizada em 1978, que defendia que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social, e contribui para melhorar a qualidade de vida e a paz mundial. Constituiu também um marco importante, com a proposta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, sendo os cuidados de saúde primários a chave para alcançar essa meta (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 1978).

Na sequência da Conferência de Alma-Ata realizou-se a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, da qual resultou a Carta de Ottawa, que representa “um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo” (Buss, 2000: 170).

De acordo com a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986: 1),

“A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades, e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.”

A Carta de Ottawa estabelece 5 campos de ação essenciais na promoção da saúde: construção de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

Outras conferências internacionais sobre promoção da saúde se seguiram, tais como, Conferência de Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000; Banquecoque, 2006; e Nairobi, 2009.

A 7ª Conferência Internacional de Nairobi (2009) - “Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Colmatando Lacunas de Implementação” salvaguarda a importância das várias cartas que dão realce à promoção da saúde, distingue no entanto, o facto de a sua aplicabilidade ter ficado muito aquém dos compromissos assumidos e das orientações sugeridas. Identifica como principais lacunas a aplicação das resoluções, e apela a todos os governos e partes interessadas a responderem com urgência à implementação de estratégias e ações no sentido de utilizar o potencial inexplorado da promoção da saúde. Como estratégias

e ações foram delineadas cinco orientações temáticas, designadamente: empoderamento individual, empoderamento comunitário, fortalecimento dos sistemas de saúde, parcerias e ação sectorial, e capacitação para a promoção da saúde.

A promoção da saúde consiste em medidas gerais positivas, nomeadamente a educação para uma vida saudável e a promoção de condições ambientais favoráveis. As estratégias de promoção da saúde são projetadas para atingir o bem-estar através de medidas modificadoras do estilo de vida individual e comunitário (Stanhope & Lancaster, 1999).

A promoção da saúde visa contribuir para a adoção responsável de comportamentos conducentes a estilos de vida mais saudáveis, adequados à idade, condição física e estado de saúde dos cidadãos. Este processo de capacitação - *empowerment* - das pessoas e das comunidades contribui para aumentar o seu controlo sobre a saúde, pela alteração de estilos de vida, com o objetivo final de obter ganhos em saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros,

“Na promoção da saúde, a capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais, e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde. Na promoção da saúde, o *empowerment* para a saúde é um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (OE, 2011: 13).

O conceito de *empowerment*, emerge da Carta de Ottawa, implícita ou explicitamente, no interior das premissas e estratégias mencionadas, corporificando a razão de ser da promoção da saúde enquanto processo que procura possibilitar que, indivíduos e grupos, aumentem o controlo sobre os determinantes da saúde, para desta maneira, terem uma melhor saúde (Leal, 2006).

Segundo Laverack (2008) *empowerment* refere-se ao percurso que se pode realizar para alcançar poder e controlo sobre a sua vida, e à capacitação, o adquirir competências ou capacidades de os utilizar. O mesmo autor refere ainda que *empowerment* não é sinónimo de dar algo a alguém, mas sim ajudar para que esse processo seja desencadeado, verificando-se que, os resultados serão alcançados pelas próprias pessoas/comunidade.

O *empowerment* é definido, segundo Carvalho (2004), como um processo que ajuda as pessoas a afirmarem o seu controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde, desenvolvendo capacidades e habilidades individuais e coletivas de provocar mudanças por meio da mobilização da comunidade.

Segundo Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes (2011) o *empowerment* tem o objetivo de capacitar o cidadão para assumir o controlo da gestão da sua saúde/doença.

Uma das chaves do sentido do conceito de *empowerment* está na palavra “capacitar”, que no original significa fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para... (Ribeiro, 1994). Neste sentido, implica devolver ao cidadão o poder de decisão em matéria de saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade (Ribeiro, 1994).

Ouschan, Sweeney & Jonhson (2000) referem que o processo de *empowerment* implica ajudar o doente a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-o a participar ativamente na saúde individual. Os mesmos autores consideram que como conceito multidimensional, possui três dimensões de análise: controlo percebido pelo doente sobre a sua doença; participação nos processos de tomada de decisão sobre a sua doença; e perceção dos conhecimentos que o doente tem sobre o seu caso específico.

Para Pereira et al. (2011) podemos considerar para o *empowerment* três níveis de análise e prática: o nível individual, o organizacional e o comunitário.

O *empowerment* comunitário refere-se ao modo como as comunidades alcançam a equidade de recursos, identificando problemas e soluções, apresentando igualdade e capacidade para resolução de problemas individuais e coletivos, além do aumento da participação em atividades para a melhoria das condições de saúde da comunidade (Carvalho, 2004).

Com a filosofia do *empowerment* as escolhas mais importantes que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa são feitas pelo próprio cidadão. Este torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas, mesmo quando enfrenta uma posição, e aumentar o controlo que tem sobre a sua própria saúde, melhorando-a. Esta perspetiva pressupõe, assim, um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os envolvidos, especificamente os profissionais de saúde (Leal, 2006).

De acordo com a mesma fonte o papel da pessoa é o de um parceiro bem informado e ativo que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz, isto é, passa a ser um solucionador ativo dos seus problemas. O papel do profissional é o de ajudá-lo a tomar decisões informadas para alcançar os seus objetivos e ultrapassar obstáculos.

A Ordem dos Enfermeiros (2003: 20) definiu como uma das competências básicas dos enfermeiros de cuidados gerais o atuar “de forma de a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis”.

Na perspectiva do *empowerment* é essencial que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que lhe possibilitem implementar dinâmicas de intervenção promotoras da saúde, da autonomia e do *empowerment* do cidadão (indivíduo, família e comunidade) na, e para, a construção dos seus projetos de saúde. Pelo que se compreende que o papel do enfermeiro nesta área esteja a ganhar cada vez mais visibilidade já que esta é uma das áreas de excelência do exercício da profissão (Pereira et al., 2011).

O *empowerment* permite o desenvolvimento de competências pessoais, que pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, o incremento do nível de informação, por meio da educação para a saúde e do reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Assim, o *empowerment* reflete-se como estratégia de ganhos em saúde, na medida em que a sua ausência se pode constituir como um fator de risco para o aparecimento de doenças (Pinheiro & Miranda, 2010).

O termo *empowerment* tem sido desenvolvido e utilizado cada vez mais no contexto de promoção da saúde (Czeresnia, 2003).

A promoção da saúde abarca a educação para a saúde (Laverack, 2008).

A educação para a saúde como uma estratégia de promoção da saúde, assume o importante papel de favorecer a autonomia dos indivíduos rumo à sua saúde (Zamarim, Matsuo, Velardi & Miranda, 2008).

A promoção da saúde através da educação para a saúde constitui uma estratégia chave de atuação sobre os determinantes de saúde, de modo a favorecer e reforçar os hábitos de vida saudáveis. Entende-se por determinantes da saúde o conjunto de fatores que influenciam a saúde individual e comunitária, e que contribuem de forma decisiva para o estado de saúde da população (Arco, 2012).

A educação para a saúde corresponde ao conjunto de intervenções, sobre a pessoa e o grupo, que devem ajudar o indivíduo a querer, poder, e saber escolher e adotar, de forma responsável, livre e esclarecida, as atitudes e os comportamentos adequados para favorecer a sua saúde e a do seu grupo (Redman, 2003; Carvalho & Carvalho, 2006).

De acordo com Basto (2000), a educação para a saúde é uma estratégia para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade. Esta é fundamental nos idosos, e os enfermeiros têm um papel extremamente importante na ajuda para que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem-estar, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independentes e possível.

A educação para a saúde deve facilitar aos idosos a escolha dos seus estilos de vida, despertando para a importância do respeito dos seus desejos e valores, não se devendo

restringir à informação das pessoas sobre o que fazer para serem mais saudáveis, mas criar espaços e condições favoráveis para esse desenvolvimento (Farinatti & Ferreira, 2006).

Neste sentido, o papel do enfermeiro na comunidade passa por “possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento” (Carvalho & Carvalho, 2006: 40).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária detêm um papel extremamente importante no âmbito da promoção da saúde, uma vez que estabelecem um contacto próximo e permanente com a população/comunidade na sua área geográfica de prestação de cuidados e, para além disso, possuem um conhecimento privilegiado dos hábitos, crenças, atitudes e comportamentos das pessoas, o que facilita uma ação promotora de saúde dirigida às famílias e à comunidade.

Tendo a promoção da saúde o intuito de promover alterações positivas nos comportamentos de saúde da pessoa ou comunidade, os enfermeiros, como promotores da saúde, devem possuir conhecimentos e competências que lhes possibilitem fomentar atitudes ou condutas benéficas para a pessoa ou comunidade, tendo em conta o seu ritmo e as suas necessidades, em termos de saúde, mobilizando motivações junto dos indivíduos em vez de imposições, promovendo assim a mudança no sentido de obtenção de ganhos em saúde.

As práticas em saúde na perspetiva da promoção da saúde englobam desde políticas públicas até capacitação individual, visando a autonomia dos cidadãos face à sua saúde. A educação para a saúde é uma das estratégias que auxiliam a promoção da saúde, sendo que no caso específico dos idosos, que podem ter a sua autonomia comprometida, as práticas em saúde devem abranger mais do que a prevenção de doenças, visando a autonomia e o *empowerment* (Zamarim et al, 2008).

1.6.1 – Teoria de Organização Comunitária

Inerente ao conceito de promoção da saúde existe um conjunto de teorias e modelos que sustentam o mesmo. Em relação às teorias, estas têm como objetivo compreender a natureza dos comportamentos dos indivíduos, grupos ou comunidade, explicando as dinâmicas existentes, através da identificação desses mesmos procedimentos para modificá-los, caracterizando os efeitos das influências externas sobre os mesmos.

Para Glanz (1999) teoria corresponde a um conjunto de definições, proposições e conceitos interrelacionados que exibem uma perspetiva sistémica de acontecimentos ou

situações, ao especificarem relações entre variáveis, com o intuito de explicar e prever os acontecimentos ou situações.

Segundo Nutbeam & Haris (2005) citado por Pinto (2010) o uso de teorias na implementação de programas de promoção da saúde contribui para o desenvolvimento do mesmo, dado que permite à equipa compreender a dimensão do problema, descrever e compreender as necessidades e motivações da população, e fazer uma apreciação mais adequada de quais os métodos a utilizar nos programas de intervenção para obter as mudanças pretendidas.

Em suma, as teorias ajudam a explicar os comportamentos e sugerem formas para alterar esses mesmos comportamentos, dependendo de cada um a mudança de comportamento. Sendo a área da promoção da saúde e da educação para a saúde uma área tão vasta e complexa, constituída por várias disciplinas, importa realçar que esta não é sustentada apenas por uma única teoria, mas sim por várias, dependendo do tipo de atividade que se pretende em que exista mudança, ou seja, a nível individual, interpessoal ou comunitário (Arco, 2012).

As teorias a nível comunitário visam mobilizar membros da comunidade e organizações, oferecendo estratégias que se adaptam em escolas, locais de trabalho, grupos comunitários, entre outros (National Institutes of Health, 2005).

De acordo com Arco (2012), existem 3 teorias a nível comunitário, são elas: a teoria de organização comunitária, a teoria da mudança organizacional e a teoria da difusão das inovações.

A teoria de organização comunitária promove a capacitação do grupo comunitário pela mudança de comportamentos através da utilização de estratégias que permitam identificar problemas e mobilizar recursos que permitam atingir objetivos coletivos. Reporta-se ao *empowerment*, processo de capacitação do grupo, que consiste na aquisição de conhecimentos e aptidões com vista à melhoria da sua qualidade de vida e saúde, pela modificação do ambiente ou comportamentos que sejam responsáveis por estilos de vida não saudáveis (National Institutes of Health, 2005; Pinto, 2010).

Rothman (2001) reconhece três modelos de atuação relativamente à organização comunitária, nomeadamente o desenvolvimento local, o planeamento social e a ação social.

O modelo de desenvolvimento local defende a existência de cooperação, consenso e a construção de uma identidade no grupo (Rothman, 2001). Solicita a participação de diversos elementos da comunidade e efetua-se uma tentativa de reconhecimento e resolução dos problemas levantados. Realça a participação comunitária como forma de promoção da autonomia, o enfermeiro é um elemento facilitador do processo de capacitação (Pinto, 2010).

No modelo de planeamento social são usadas capacidades técnicas para nortear processos de modificações complicadas, implicando a participação do profissional como orientador dos processos de mudança. Possui como foco primordial a criação e implementação de planos e políticas sociais (Rothman, 2001).

O modelo de ação social é usado para elevar a capacidade da comunidade, relativamente à resolução de problemas e à obtenção de alterações concretas no que respeita à retificação de injustiças sociais precedentemente reconhecidas. Existe um esforço em partilhar os recursos, o poder ou a tomada de decisões com o indivíduo ou comunidade, e modificar determinadas políticas básicas existentes (Rothman, 2001).

De acordo com o mesmo autor citado por Pinto (2010: 40) esta tipologia “ênfatisa que a mobilização comunitária pode tender para um ou, até mesmo, para os três modelos propostos”.

A teoria da organização comunitária possui conceitos chave para alcançar a mudança, nomeadamente: *empowerment*; competência comunitária; participação; relevância; seleção de temas; e consciência crítica (Rothman, 2001). Estes mesmos conceitos serão abordados individualmente tendo em linha de conta o defendido pelo autor Rothman (2001). Assim, *empowerment* refere-se à aquisição de competência e poder por parte do indivíduo ou comunidade para conseguir a mudança desejada. A competência comunitária diz respeito às características de uma comunidade para identificar problemas, gerar consenso e alcançar objetivos, participando assim na resolução de problemas. A participação reconhece um envolvimento ativo dos membros da comunidade no desenvolvimento de liderança e habilidades de resolução de problemas, encorajando assim a intervenção ativa e empenhada nos locais em causa.

A participação tem que ver com o “aprender fazendo”, é usado atualmente na educação de adultos, com o intuito de elevar a capacitação/compreensão da pessoa ou comunidade para que sejam competentes para tomar decisões por si e pela sua saúde, possibilitando a participação de todos os membros na comunidade (Campbell, 2001).

A relevância envolve a participação ativa do indivíduo ou comunidade para resolver problemas importantes para os mesmos. Ou seja, os membros da comunidade agem com base nas necessidades sentidas, poder compartilhado e consciencialização dos recursos. Existe um interesse na comunidade para adquirir conhecimentos que auxiliem a resolução das necessidades afetadas. A seleção de temas defende a existência de temas pertinentes com elementos claros, de modo a que a comunicação de situações identificadas pela comunidade seja explícita, e estabelecidos propósitos exequíveis. A consciência crítica relaciona-se com a

compreensão do motivo dos problemas por parte dos membros da comunidade, articulando o entendimento dos problemas de saúde, englobando-os a nível social (Rothman, 2001).

Atendendo à linha de pensamento de Campbell (2001) a teoria da organização comunitária compreende abordagens distintas com o objetivo de promover a mudança, considerando um processo dinâmico, entre fatores pessoais, ambientais e comportamentais. Esta teoria retrata o *empowerment* como um termo fundamental, um processo que consegue capacitar a pessoa ou comunidades, para que consigam obter confiança e aptidões para melhorar a sua qualidade de vida, mudar o seu comportamento, estilos de vida ou ambiente, mediante a aprendizagem, ao indivíduo ou comunidade, de maneira a incentivar e expandir capacidades que possibilitem a tomada de decisão acerca da sua saúde. As estratégias usadas visam promover a mudança.

Quando são planeadas intervenções a nível comunitário, é imprescindível fazer um levantamento das necessidades de saúde ou problemas existentes. As estratégias de intervenção utilizadas devem apelar à participação da comunidade, e conduzir à avaliação e resolução de problemas de saúde ou sociais (National Institutes of Health, 2005).

As estratégias selecionadas para a intervenção comunitária realizada no estágio basearam-se na Teoria de Organização Comunitária, uma vez que no decurso das atividades desenvolvidas, procurou-se capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga, fomentando o *empowerment*, para que através dos conhecimentos transmitidos tivessem a capacidade de conseguir participar de maneira esclarecida e consciente na tomada de decisões, relativamente à sua saúde e pudessem modificar os seus comportamentos em termos de saúde, adotando estilos de vida saudáveis, objetivando-se ganhos em saúde, ainda que a longo prazo.

1.7 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Imperator & Giraldes (1993: 21) definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, e referem que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; e a de referir-se ao futuro”.

Na área da saúde, o planeamento “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações” (Tavares, 1990: 37).

O planeamento em saúde pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23).

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam a mesma, nomeadamente biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes, 1993).

As razões que levam à necessidade de planeamento em saúde, indicadas por Imperatori & Giraldes (1993) são as seguintes:

- escassez dos recursos, sendo necessário começar a utilizá-los eficaz e eficientemente;
- necessidade de intervir nas causas dos problemas de saúde;
- necessidade de definir prioridades, uma vez que não é possível resolver todos os problemas de saúde das pessoas em simultâneo;
- ter em conta o que já foi realizado, e o que está planeado por outros setores de intervenção nos problemas de saúde, uma vez que as intervenções isoladas devem ser evitadas, visto que aumentam os custos;
- necessidade de se utilizarem eficientemente as infraestruturas já existentes, uma vez que elas são caras, e podem apoiar simultaneamente vários equipamentos;
- necessidade de existirem equipamentos que podem ter utilizações polivalentes;
- competitividade do mercado de saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de planos;
- rapidez dos progressos da medicina, o que requer uma adaptação constante às modificações;
- necessidade de uma melhor utilização das aptidões dos profissionais de saúde, dada a existência de uma complexidade cada vez maior quer das técnicas, quer em termos da especialização profissional, quer ainda do trabalho em equipas multidisciplinares.

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e preparação da execução), a execução e a avaliação, tal como se pode ver na figura seguinte (Figura 1).

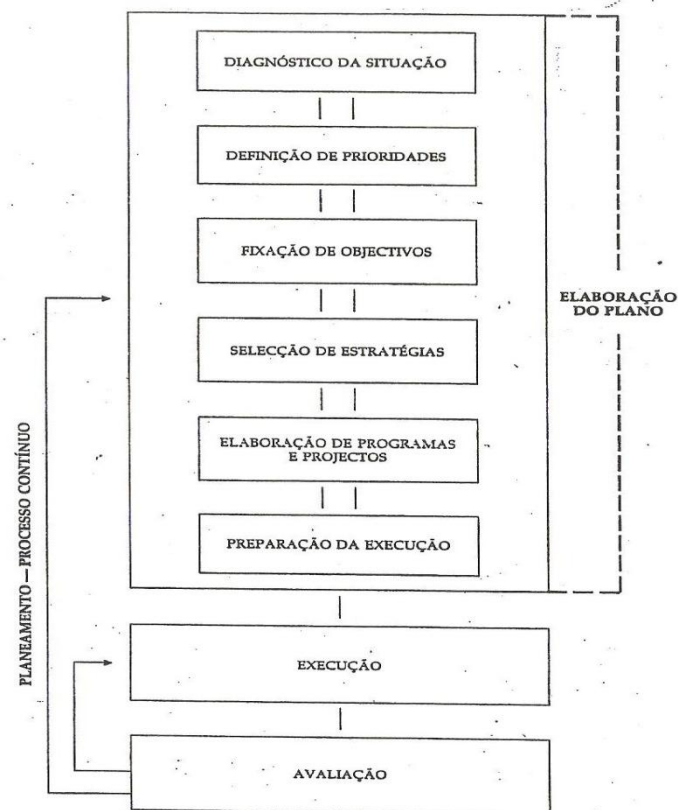


Figura 1 - Principais etapas no processo de planeamento em saúde

Fonte: Imperatori & Giraldes (1993: 29)

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico. Pode ocorrer mudanças em qualquer fase do processo uma vez que “não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa do planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

O diagnóstico ao caracterizar o nível de saúde da população, visa medir o seu estado de saúde, obtendo-se um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fase do diagnóstico deve envolver os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de modo a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado,

rápido, e claro, devendo corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, uma vez que, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”.

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde. No diagnóstico da situação procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 64),

“A existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).”

De acordo com os mesmos autores, a definição de prioridades possui duas dimensões: a dimensão temporal, visto as necessidades serem recorrentes, há que satisfazer as atuais sem esquecer as do futuro; e a dimensão ligada aos recursos, uma vez que é impossível satisfazer as necessidades de todos, há que ponderar quem são os mais carenciados.

Ao definirem-se prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), assim como a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros”.

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) defendem três critérios clássicos para a definição de prioridades, nomeadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a

vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem ainda outros para selecionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes 1993).

Nutt (1984) citado por Imperatori & Giraldes (1993) refere que quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção, através de triagem, que possibilite aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas. Ao proceder à triagem é possível reduzir o número de problemas através da pré-seleção dos mesmos, repartindo-os em problemas mais importantes, menos importantes e residuais.

Efetuada o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, é necessário definir os objetivos relativos a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Deste modo, chega-se à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Nesta etapa definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

Entende-se por objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993: 79), o que implicará uma fixação de objetivos positiva relativamente à tendência de evolução natural do problema.

Já o objetivo operacional ou meta, corresponde ao “enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993: 80).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com os mesmos autores, os indicadores podem distinguir-se em indicadores de resultado ou de impacto que pretendem “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77); e em indicadores de atividade ou de execução que têm como finalidade “medir a atividade desenvolvida pelos

serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado” (Imperator & Giralde, 1993: 78).

A quarta etapa do planeamento em saúde diz respeito à seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperator & Giralde, 1993: 30).

Para que se elaborem corretamente as estratégias é essencial:

“estabelecer os critérios de conceção de estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias mais realizáveis; descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas; estimar os custos das estratégias; avaliar a adequação dos recursos futuros; rever as estratégias e os objetivos (se necessário)” (Imperator & Giralde, 1993: 87).

A etapa seguinte do planeamento em saúde diz respeito à elaboração de programas e projetos. Para melhor compreender esta etapa importa diferenciar programa de projeto. Um programa é “o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperator & Giralde, 1993: 129). Por sua vez, um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperator & Giralde, 1993: 129). Assim sendo, o programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto se encontra limitado a um determinado período de tempo.

A elaboração de programas implica o conhecimento das suas principais componentes, que são a identificação do programa, os objetivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos necessários ao programa, o custo do mesmo e o seu financiamento. Deste modo, a elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos (Imperator & Giralde, 1993).

Elaborados os programas e os projetos surge a necessidade de especificar quando, onde e como as atividades delineadas no projeto devem ser concretizadas, e por quem, seguindo-se assim a etapa denominada de preparação da execução.

Na fase de preparação da execução, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperator & Giralde (1993: 30) mencionam que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”.

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde. “A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori & Giraldes, 1993: 174).

A avaliação pode ser a curto prazo, quando constituída através dos indicadores de processo ou atividade que serviram para atingir metas, e a médio prazo, quando baseada nos objetivos fixados segundo os indicadores de impacto ou resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento, Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

2.1 – CONCELHO DE PONTE DE SOR

O Concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839,71 km² e uma população de 16,722 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 19,5 hab/km². De referir que do total da população residente no concelho, 4149 pessoas têm 65 e mais anos (1728 homens e 2421 mulheres) (INE, 2012).

O índice de envelhecimento é de 201,6%, e o índice de dependência de idosos é de 40,8% (INE, 2012).

O Concelho de Ponte de Sor é constituído por 5 freguesias, são elas: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, e pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (figura 2).

O surgimento da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor é recente, uma vez que entrou em vigor a 29 de setembro de 2013 aquando as Eleições Autárquicas realizadas em Portugal, sendo legislada pela Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro (Assembleia da República, 2013).



Figura 2 – Mapa do concelho de Ponte de Sor.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2003.

2.1.1 – Retrospectiva histórica

O nome de Ponte de Sor surgiu do monumento de origem provavelmente romana construído sobre a Ribeira de Sor, em cuja margem direita a cidade se situa. É possível que essa primeira ponte, de que hoje não restam quaisquer vestígios, tenha integrado uma das vias romanas que ligavam Mérida a Lisboa. O Concelho de Ponte de Sor atingiu a sua extensão atual no século XIX, com a anexação dos Concelhos de Galveias e Montargil. Essa expansão progressiva resultou da chegada do caminho de ferro nos anos de 1860, e da indústria, em especial a corticeira, que se instalou no final do século XIX e início do século XX. Data de 8 de julho de 1985 a elevação de Ponte de Sor a cidade, resultado do desenvolvimento registado ao longo do século XX (Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013).

2.1.2 – Localização geográfica e acessibilidade

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre, distando desta 62,1 km, cuja principal via de acesso é o Itinerário Complementar 13.

Está implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo. De referir que é atualmente uma referência para a indústria corticeira mundial, integrando também empresas ligadas aos ramos de construção civil, aeronáutico, de transformação de produtos agrícolas, entre outros.

O município é limitado a sul por Mora, a sueste por Avis, a sudoeste por Coruche, a leste por Alter do Chão, a nordeste por Gavião e Crato, e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo as principais vias de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2 (Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013).

2.1.3 – Recursos de Saúde

No que concerne à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde de Ponte de Sor, que inclui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. A Freguesia de Montargil também possui Centro de Saúde, todas as restantes freguesias possuem extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

O Centro de Saúde de Ponte de Sor possui um jornal digital denominado "Sor Saúde", um espaço onde são partilhados conhecimentos através de publicação de artigos, informações

úteis no âmbito da saúde, e onde cidadão pode comentar e divulgar informações, cujo endereço é <http://sorsaude.blogspot.pt/>.

É em Portalegre a cerca de 60 km que se situa o hospital de referência, denominado de Hospital Dr. José Maria Grande. Este hospital assim como o Centro de Saúde, inserido no Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede, integram a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. criada em 1 de março de 2007 pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de fevereiro de 2007 (ULSNA, 2014).

Ponte de Sor possui algumas clínicas com especializações médicas diversas e consultórios particulares.

No concelho de Ponte de Sor existem 7 farmácias.

2.1.4 – Rede Social

A autarquia de Ponte de Sor demonstra preocupação no que diz respeito às condições de vida dos seus munícipes, mais especificamente, da população idosa e com escassos recursos financeiros. Atenta que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade quer para desenvolver novas atividades, quer para recuperar interesses antigos que ao longo da vida adulta não lhes foi possível desenvolver. Com este intuito, foi fundada a Universidade Sénior, em 16 de abril de 2007, que se encontra aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social surgiu da vontade de intervir na comunidade de Ponte de Sor, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante. Esta Associação tem a missão de desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente das mais vulneráveis.

A Associação Caminhar desenvolve diversas atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, “Ateliês à medida” para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês e alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

A “Solidão Acompanhada” é um projeto que a Associação Caminhar está a desenvolver e cujo principal objetivo é minimizar a solidão em que muitos dos idosos e pessoas com doenças incapacitantes vivem. Para tal, existe um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente realizam visitas regulares a pessoas que se encontrem numa destas situações. Neste projeto que proporciona essencialmente fazer companhia, conversar e escutar, podem

ainda pontualmente ser efetuadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta Associação tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos idosos, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

No entanto, é de referir que apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Para tentar superar estas dificuldades, o Município de Ponte de Sor desenvolve junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Projeto “Porta a Porta”, Almoço de Idosos do Concelho; Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho, e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Serviço “Porta a Porta” consiste em prestar apoio às pessoas do Concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O Município constata que, para além de problemas de saúde, a população idosa é confrontada com dificuldades operacionais ou logísticas na sua vida diária, que começam no interior da própria habitação: uma torneira a pingar, uma porta que fecha mal, uma lâmpada fundida, e tantas outras situações semelhantes, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço “Porta a Porta”, que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Associação Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa “Progride”-Medida 1, destina-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas habitações, muitas vezes não conseguem ser realizadas pelos idosos. Face a isso, o idoso dever-se-á inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços variados como a reparação de portas e janelas, a substituição de lâmpadas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que a pessoa pagará apenas os custos dos materiais.

O Almoço de Idosos do Concelho é uma atividade já antiga, e que ocorre anualmente no mês de maio.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e que divulga as atividades mais direcionadas para a terceira idade, nomeadamente com tudo aquilo que se passa na rede

de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordados conteúdos como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto cIDADES, projeto concebido em torno do conceito ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’, concebido pela OMS que pretende identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto cIDADES, é promovido pela Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto “Cidades Amigas das Pessoas Idosas” visa identificar serviços e práticas em Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que reside na criação de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, modos de comunicação, rede de transportes, conhecimento e emprego.

O PIMPA deteta problemas, sugere soluções, integra ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Comunicação, Transportes, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa fase inicial será dado especial destaque à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

No Concelho de Ponte de Sor existem várias instituições de apoio social. Atualmente estão disponíveis para a população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Quanto a lares de idosos, também são vários os existentes em todo o Concelho de Ponte de Sor.

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados; Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar “A Magnólia”, de carácter privado.

A 24 de agosto de 2013, foi inaugurado um novo lar de idosos da Câmara Municipal de Ponte de Sor denominado “Casa dos Avós”, com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa fase inicial, o serviço de apoio domiciliário ficará em *standby* dado que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

Na Freguesia de Galveias existe um lar de idosos e centro de acamados.

A população de Foros de Arrão também pode contar com um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

De referir que estes conteúdos abordados no âmbito da rede social de Ponte de Sor tiveram por base o Município de Ponte de Sor, o Pré-Diagnóstico Social do Concelho de Ponte de Sor de 2003 e o Diagnóstico Social de Ponte de Sor 2008-2010, estes dois últimos elaborados pelo Núcleo Executivo da Rede Social de Ponte de Sor.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras Entidades da Cidade, nomeadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

As linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária são quatro, particularmente:

- Promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- Fortalecimentos de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, especificamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- Coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;

- Fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, com o objetivo de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os interventores, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma apresentado na figura 3.

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança (NIS).

O Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança, é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa:

- garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas (apoio à camada da população mais desfavorecidas/vulneráveis, como é o caso dos idosos, principalmente os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais mais ativos, assumindo especial relevância; enquadrável no apoio social que à Guarda é cometida, dentro desta nova filosofia do servir socialmente);
- promover o conhecimento do trabalho da GNR junto desta população;
- ajudar a prevenir e a evitar situações de risco (no intuito de aumentar o grau de confiança e conhecimento, direcionou-se o patrulhamento, conseguindo-se assim um conhecimento mútuo, muito melhor e mais aprofundado).

S



Figura 3 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.

Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR.

No levantamento exaustivo dos idosos a viverem isoladamente, foram referenciadas pequenas comunidades e elaboradas listas de instituições públicas e privadas diretamente ligadas ao apoio que a estes deve ser conferido, através de:

- reforço de policiamento dos locais públicos mais frequentados por idosos;
- criação de uma rede de contactos diretos e imediatos entre os idosos a GNR, em caso de necessidade;
- colaboração com outras entidades que prestam apoio à terceira idade.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor a preocupação com estas temáticas é bastante evidente. Segundo o Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, são efetuados anualmente os Censos Sénior, cujo principal objetivo é identificar os idosos que vivem sós e em situação de maior vulnerabilidade.

Estes dados não são estanques uma vez que são continuamente atualizados.

No decorrer de 2013 foram identificadas 450 situações de idosos que vivem sós (sem apoio de familiares) ao nível do Concelho de Ponte de Sor.

No caso específico da Freguesia de Tramaga, ao longo do ano 2013 foram identificados 27 idosos que vivem sós e em situações de vulnerabilidade.

Na presença de situações de risco de vida eminente do Idoso, estas são devidamente sinalizadas para as Instituições de Apoio Social do concelho/distrito.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor existem dois militares a desempenhar funções específicas na área dos programas especiais, contudo, as patrulhas de vigilância dos idosos são efetuadas por todos os militares consoante a disponibilidade dos mesmos, isto é, não está calendarizado mensalmente os dias do patrulhamento, mas o mesmo é efetuado assiduamente.

Realizam-se anualmente várias ações de sensibilização, nas quais o público alvo são os idosos. As principais temáticas abordadas são as burlas, prevenção da criminalidade e prevenção de incêndios florestais. Na realização destas ações de sensibilização, são entregues folhetos informativos aos idosos, com informações úteis sobre estas temáticas, assim como cartões com o contacto telefónico da GNR.

Esta é uma área de intervenção comunitária muito importante para os militares da GNR, estando continuamente a ser monitorizada e melhorada.

2.1.5 – Freguesia de Tramaga

A Freguesia de Tramaga foi fundada por Decreto-Lei, datado de 11 de junho de 1993. Derivou da freguesia de Ponte de Sor, da qual dista 3 km. Apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do Concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão (CMPS, 2013).

A Freguesia de Tramaga conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que equivale a 22,7% da população total, como se pode observar no quadro seguinte.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24 anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
N.º total de pessoas	1542	100%

Quadro 1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

2.1.5.1 – Rede Social da Freguesia de Tramaga

Com a elevação a Freguesia em 1993 a Tramaga, até então aldeia, assistiu à construção de edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e melhorias de arruamentos e saneamento básico. Ao longo destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, nomeadamente o “Carnaval de Tramaga” e as “Marchas Populares de Tramaga”. No entanto, dada a atual conjuntura económica do país, estas atividades estão suspensas, contudo serão retomadas assim que for possível.

A Freguesia de Tramaga preocupa-se com os mais idosos, desenvolvendo programas de apoio específicos para esta faixa etária. Exemplo disso é o facto de semanalmente um funcionário da União de Freguesias acompanhar os idosos mais isolados (habitantes no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para isso, uma carrinha da União de Freguesias transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Segurança Social, Finanças, Farmácia, entre outros.

A atividade desportiva não é esquecida pela Freguesia de Tramaga, uma vez que se disponibiliza para o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando deste modo a participação em atividades desportivas.

Outra atividade desenvolvida é o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, que ocorre anualmente de forma gratuita e com animação musical. Este almoço já existe há muitos anos e é do agrado dos idosos da Freguesia.

Face à existência de alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a União de Freguesias organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, com o principal objetivo de proporcionar o convívio entre estes.

Existem diversas atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades, como por exemplo, a pintura. Existe também um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados. Posteriormente fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

Todas as pessoas da freguesia podem frequentar os diversos cursos que vão sendo realizados ao longo do ano.

No edifício da Junta de Freguesia estão disponíveis computadores para idosos que queiram aceder à Internet gratuitamente.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, mas só a 1 de maio de 2006 entrou em funcionamento. Atualmente, são dezasseis os funcionários. Esta Instituição tem como principais valências apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Presentemente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. A frequentar o centro de dia estão 37 idosos. É prestado apoio domiciliário a 49 pessoas, na sua maioria idosos.

No que concerne ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a Segurança Social e pelo município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço prestado tem uma percentagem.

Prevê-se a criação da valência de lar do idoso, contudo ainda não há data para a sua concretização.

Todos estes conteúdos mencionados denotam a preocupação que a Freguesia de Tramaga tem em criar um suporte social aos idosos, uma vez que numa população de 1542 habitantes, 350 são idosos.

2.2 – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio sobre o qual incide este relatório decorreu no Concelho de Ponte de Sor, Freguesia de Tramaga. A opção por este local de estágio e população deveu-se a vários fatores que serão mencionados seguidamente.

Como se depreende do enquadramento teórico apresentado anteriormente, onde foram abordados aspetos do envelhecimento, foi na população idosa que desenvolvemos o estágio, uma vez que o envelhecimento em Portugal é uma realidade cada vez mais vincada, e pretendemos obter um conhecimento mais amplo deste processo, assim como as suas implicações pessoais, familiares e sociais.

A população idosa tem vindo a aumentar, sendo que os Censos de 2011, apontam para um aumento progressivo de 19% para 21% de idosos com 65 e mais anos até 2020 em território nacional. Este aumento, revela ainda um agravamento do índice de dependência de idosos, associado ao aumento da esperança média de vida, que se fixou nos 79,38 anos. No Alentejo, 24% da população tem idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2012). Estes dados demonstram que o Alentejo é uma das regiões mais envelhecidas do país.

O facto de frequentarmos a Escola Superior de Saúde de Portalegre também influenciou a escolha uma vez que pretendíamos desenvolver o estágio no distrito, com o sentido de ser uma mais-valia para o conhecimento e desenvolvimento de iniciativas na região.

O Concelho de Ponte de Sor é o terceiro mais populado do distrito e no qual um trabalho desta natureza ainda não tinha sido realizado.

A localização geográfica do concelho e a proximidade também foi tida em conta dadas as residências e os locais de trabalho dos elementos do grupo.

Um dos elementos do grupo é natural da Freguesia de Tramaga o que foi encarado como um aspeto facilitador aquando da realização do estágio, uma vez que a mobilidade dentro da freguesia poderia ser facilitada.

Face à duração do estágio e aos recursos existentes optámos pela freguesia com um número médio de residentes com 65 ou mais anos, num total de 350 pessoas.

A Freguesia de Tramaga é uma das mais jovens do concelho, facto que também contribuiu para a sua seleção, uma vez que propicia um horizonte temporal mais alargado para que as intervenções desenvolvidas no âmbito de promoção da saúde lhes proporcionem conhecimentos que os levem a adotar estilos de vida mais saudáveis no futuro.

3 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

A metodologia do planeamento em saúde é um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, dado que uma das suas competências específicas é estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde (OE, 2010). Este é um processo que inclui várias etapas, tendo início com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objetivos, e identificar atividades de intervenção que permitirão atingir os objetivos.” (Stanhope & Lancaster, 1999: 324).

Neste sentido, irei de seguida abordar o percurso efetuado ao longo do estágio, tendo como referência a metodologia do planeamento em saúde e as respetivas etapas.

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Tal como foi mencionado anteriormente a primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação.

O diagnóstico efetuado anteriormente no Estágio I (Unidade Curricular do 1ºAno/2ºSemestre do Mestrado) incidiu na população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, tendo como objetivo geral identificar as necessidades de saúde dessa mesma população. Em termos de objetivos específicos pretendeu caracterizar as condições sociofamiliares, económicas e habitacionais dos idosos; avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diárias ([AVD's]), Atividades Instrumentais de Vida Diária ([AIVD's]), risco associado à idade; e avaliar sintomas depressivos.

O diagnóstico da situação enquadrou-se no paradigma quantitativo sendo um estudo exploratório-descritivo e transversal.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982) citado por Tavares (1990), no diagnóstico da situação, primeira fase do planeamento em saúde, a descrição da situação deve ser preferencialmente quantitativa.

Segundo Gil (1989) um estudo descritivo tem como objetivo principal descrever características de determinada população ou fenómeno, ou estabelecer relações entre as variáveis.

Considerou-se um estudo exploratório, na medida em que visava determinar e descrever fatores que caracterizam a população escolhida, uma vez que “...busca explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona” (Polit & Hungler, 1995: 14).

Os inquéritos transversais dedicam-se à pesquisa de informações que retratem a frequência de problemas de saúde no momento em que o inquérito é desenvolvido, embora possam ser repetidos para uma perspetiva mais ampla, ou seja, “os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001: 114).

Segundo Bonita, Beaglehole & Kjellström (2010: 44), “os dados dos estudos transversais são úteis na avaliação das necessidades em cuidados de saúde das populações”.

Para conhecermos as necessidades de saúde da população utilizámos como instrumento de colheita de dados um questionário reformulado pelo grupo de mestrandas, intitulado “Necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga” constituído por 8 grupos (apêndice X), tendo por base o questionário RNAR_75 (Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos).

Os questionários foram aplicados porta a porta pelo grupo de alunas do Curso de Mestrado a um total de 290 idosos entre 27 de maio e 9 de junho de 2013, cujo preenchimento dos mesmos ficou à responsabilidade das mestrandas. De referir que de acordo com os Censos 2011 residiam na Freguesia de Tramaga 350 pessoas com 65 ou mais anos de idade, o que significa que se obteve 82,86% da população pretendida.

Face aos resultados obtidos pode-se afirmar que a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga é maioritariamente feminina (60%), com uma média de idades de 76 anos, e moda de 74 anos, cuja idade máxima registada foi de 92 anos.

Os principais problemas identificados na população são apresentados no quadro que se segue:

Problemas identificados na população inquirida
Taxa de iliteracia elevada
Cerca de 25,5% dos idosos vivem sós
Isolamento da habitação (5,9% vivem em locais isolados)
Dificuldades económicas
A maioria dos idosos possui banheira em vez de poliban, e tapetes não antiderrapantes
Cerca de 17,2% dos idosos não possuem sistema de esgotos
Circulação com obstáculos em 32,8% das habitações
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos
Idosos com classificação de depressão (31,9%) e depressão grave (21,8%), principalmente no sexo feminino e associada ao isolamento da habitação
Cerca de 42% dos idosos encontram-se em estado de pré-obesidade, ou seja, com risco aumentado de comorbilidade, e 23,1% em obesidade classe I que se traduz em risco moderado de comorbilidade
Polimedicação (moda 4 medicamentos por dia e a média 4,9 por dia)
Cerca de 31,4% dos idosos referem ter caído nos últimos 6 meses, com maior tendência no sexo feminino e idosos com menor capacidade de mobilização
Alterações da visão (58,6%) e da audição (37,6%)
Hipertensão arterial (75,2%), dislipidémia (42,1%), diabetes (24,1%), patologias osteoarticulares (24,1%) e insuficiência cardíaca (23,1%)
Cerca de 11,1% dos idosos com hipertensão arterial e 25,7% dos idosos com diabetes não fazem a inerente monitorização
Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson em 89,7% dos idosos

Quadro 2 – Problemas identificados na população inquirida

As necessidades de saúde subjacentes aos problemas mencionados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Depois de conhecidos os resultados obtidos no diagnóstico, segue-se a segunda etapa do planeamento em saúde, a definição de prioridades, na qual são definidos os problemas a ser alvo de intervenção.

Para a definição de prioridades foram considerados os problemas mais referenciados pela população idosa inquirida e com tendência a agravar ao longo do tempo, dando ênfase às doenças ou situações que possam vir a causar danos irreversíveis ou sequelas. Ao selecionarem-se as prioridades, não foram esquecidos os recursos existentes, e o tempo previsto para desenvolver as atividades. De referir a impossibilidade de satisfazer as necessidades de toda a população, no entanto, procurando sempre abranger o maior número de idosos com as atividades desenvolvidas.

Determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação, mas uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros (Tavares, 1990).

Tavares (1990) refere que para se proceder à seleção de prioridades, de entre uma lista de problemas identificados, é necessário recorrer-se ao uso de critérios.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), existem três critérios para a definição de prioridades: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade. A magnitude tem em linha de conta o problema mais presente e referenciado pela população a abranger, caracterizando o problema pela sua dimensão. A transcendência remete para a importância segundo grupos etários. Já a vulnerabilidade, corresponde à possibilidade de prevenção.

De acordo com os mesmos autores, existem outros critérios possíveis para selecionar prioridades, nomeadamente evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população, fatores económicos, gravidade do problema e exequibilidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com o intuito de delimitar os problemas a serem alvo de intervenção, foi utilizada a triagem, procedimento que permite fazer uma pré-seleção de problemas quando estes são numerosos. Este procedimento consiste em repartir os problemas identificados em os mais importantes, os menos importantes, e os residuais (Tavares, 1990). Os três quadros seguintes demonstram essa repartição.

Os critérios de seleção escolhidos para definir os problemas prioritários foram a vulnerabilidade, a magnitude, a exequibilidade, a gravidade do problema e fatores económicos.

Problemas mais importantes
Viver só
Isolamento da habitação
Quedas: banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; circulação com obstáculos, alterações da visão e audição
Idosos com classificação de depressão e depressão grave
Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade)
Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares e insuficiência cardíaca

Quadro 3 – Problemas mais importantes

Problemas menos importantes
Polimedicação
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos

Quadro 4 – Problemas menos importantes

Problemas residuais
Iliteracia
Acessibilidade e rede de esgotos
Dificuldades económicas

Quadro 5 – Problemas residuais

Uma vez que, de acordo com Imperatori (1993) “a triagem simples não é um verdadeiro método de seleção de prioridades, mas permite reduzir o número total de problemas para depois aplicar técnicas de priorização”, urge a necessidade de selecionar a técnica de priorização a utilizar. Neste caso, a técnica usada foi a comparação por pares, que segundo Tavares (1990), permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros. Para cada par refere-se qual o problema mais importante, possibilitando fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada

problema foi indicado como sendo o mais importante. Deste modo, o quadro que se segue retrata a técnica de comparação de pares para ordenação de problemas prioritários.

	Problemas	Comparação por pares	Classificação	Ordem
A	Viver só	A A A A A A A - B C D E F G	1	6º
B	Isolamento da habitação	B B B B B B - C D E F G	0	7º
C	Quedas (banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; circulação com obstáculos; distúrbios sensoriais)	C C C C C - D E F G	6	1º
D	Classificação de depressão e depressão grave	D D D D - E F G	4	3º
E	Idosos classificados com pré- obesidade e obesidade I	E E E - F G	2	5º
F	Comorbilidade severa atribuída pelo ICC	F F - G	5	2º
G	Patologias mais frequentes: hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca	--	3	4º

Quadro 6 – Técnica de comparação por pares

Através da utilização da técnica de comparação por pares obteve-se a seguinte ordem de prioridades descrita no quadro 7.

Ordem de prioridades	Problemas prioritários
1º	Quedas: banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; circulação com obstáculos; alterações da visão e audição
2º	Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
3º	Idosos com classificação de depressão e depressão grave
4º	Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares e insuficiência cardíaca
5º	Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade)
6º	Viver só
7º	Isolamento da habitação

Quadro 7 – Lista de problemas por ordem de prioridades

3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a definição dos problemas prioritários procede-se à fixação de objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo (Imperator & Giraldes, 1993).

Assim sendo, delinearam-se os seguintes **objetivos gerais**:

- Promover a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga;
- Promover a capacitação da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis;

Como **objetivos específicos** definiram-se os seguintes:

- Informar as Entidades Locais/Concelhias e Comunidade de Tramaga sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia até ao final de dezembro de 2013;
- Capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, até 31 de janeiro de 2014;
- Informar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre a adopção de medidas preventivas de hipertensão arterial e diabetes, até 31 de janeiro de 2014;
- Incentivar os idosos da Freguesia de Tramaga a fazerem vigilância da sua tensão arterial e glicémia capilar até 31 de janeiro de 2014;

- Maximizar conhecimentos sobre comportamentos de prevenção de isolamento, insegurança e acidentes domésticos, aos idosos da Freguesia de Tramaga, até 31 de janeiro de 2014.

Os **objetivos operacionais ou metas** elaborados foram:

- Que 30% das propostas efetuadas sejam aceites pelo Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor;

- Que 40% das propostas efetuadas sejam analisadas pelo Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor;

- Que 30% das propostas de colaboração nas atividades a desenvolver na Freguesia de Tramaga, sejam aceites pelo Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor;

- Que 30% das propostas efetuadas sejam aceites pelo Presidente da Câmara de Ponte de Sor;

- Que 40% das propostas efetuadas sejam analisadas pelo Presidente da Câmara de Ponte de Sor;

- Que 50% dos participantes na Comemoração de São Martinho adiram ao “Atelier de Saúde”;

- Que seja avaliada a tensão arterial a 95% dos participantes no “Atelier de Saúde”;

- Que seja avaliada a glicémia capilar a 90% dos participantes no “Atelier de Saúde”;

- Que 80% dos participantes no “Atelier de Saúde” aceitem os folhetos informativos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis;

- Que 50% das respostas à questão sobre a importância do “Atelier de Saúde” tenham pontuação maior ou igual a 4;

- Que 50% das respostas à questão sobre o interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde tenham pontuação maior ou igual a 4;

- Que 10% das Entidades convidadas participem no “Fórum Comunitário”;

- Que 10% da população com 65 ou mais anos participe no “Fórum Comunitário”;

- Que 10% das Entidades convidadas participem na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”;

- Que 10% da população com 65 ou mais anos participe na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”;

- Que 95% dos participantes na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” aceitem folhetos informativos sobre as temáticas expostas;

- Que 95% das questões levantadas na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” sejam esclarecidas;
- Que sejam publicados 2 artigos de informação no Jornal “Aponte”;
- Que sejam publicados 2 artigos de informação no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “Sor Saúde”;

Perante os problemas prioritários selecionam-se indicadores de atividade ou execução uma vez que espelham as atividades que se desenvolveram. Os indicadores de atividade são aqueles que traduzem os resultados diretos e imediatos das ações desenvolvidas sobre a população e o seu contributo para o alcance dos objetivos (Tavares, 1990).

No âmbito deste trabalho não é possível definir indicadores de resultado ou impacto, uma vez que os mesmos implicam uma avaliação a médio prazo e tal não seria possível de efetuar neste relatório, não sendo possível avaliar ganhos em saúde, sendo apenas quantificadas atividades, de acordo com a consecução das metas definidas, supondo apenas que, existirão mudanças de comportamento na população abrangida nas atividades.

Para os objetivos fixados foram criados os seguintes indicadores de atividade ou execução:

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas aceites pelo Presidente da União de Freguesias}}{\text{N}^\circ \text{ total de propostas efetuadas ao Presidente da União de Freguesias}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas para análise pelo Presidente da União de Freguesias}}{\text{N}^\circ \text{ total de propostas efetuadas ao Presidente da União de Freguesias}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração aceites pelo Presidente da União de Freguesias}}{\text{N}^\circ \text{ total de propostas efetuadas ao Presidente da União de Freguesias}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas aceites pelo Presidente da Câmara de Ponte de Sor}}{\text{N}^\circ \text{ total de propostas efetuadas ao Presidente da Câmara de Ponte de Sor}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas para análise pelo Presidente da Câmara de Ponte de Sor}}{\text{N}^\circ \text{ total de propostas efetuadas ao Presidente da Câmara de Ponte de Sor}} \times 100$
- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de aderentes ao “Atelier de Saúde”}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes na Comemoração de São Martinho}} \times 100$

- $$\frac{\text{Nº de pessoas que aceitaram folhetos informativos}}{\text{Nº total de participantes no "Atelier de Saúde"}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de pessoas a quem foi avaliada a tensão arterial}}{\text{Nº total de participantes no "Atelier de Saúde"}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de pessoas a quem foi avaliada a glicémia capilar}}{\text{Nº total de participantes no "Atelier de Saúde"}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº total de respostas maiores ou iguais a 4 relativamente à importância do "Atelier de Saúde"}}{\text{Nº total de participantes no "Atelier de Saúde"}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº total de respostas maiores ou iguais a 4 relativamente ao interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde}}{\text{Nº total de participantes no "Atelier de Saúde"}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de Entidades que participaram no "Fórum Comunitário"}}{\text{Nº total de Entidades convidadas}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos que participaram no "Fórum Comunitário"}}{\text{Nº total de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de Entidades que participaram na Sessão "Segurança do Idoso"}}{\text{Nº total de Entidades convidadas}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos que participaram na Sessão "Segurança do Idoso"}}{\text{Nº total de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de pessoas que aceitaram folhetos informativos}}{\text{Nº total de participantes na Sessão "Segurança do Idoso"}} \times 100$$

- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de questões esclarecidas na Sessão "Segurança do Idoso" }}{\text{N}^\circ \text{ total de questões levantadas pelos participantes na Sessão "Segurança do Idoso" }} \times 100$$
- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de artigos publicados no Jornal "Aponte" }}{\text{N}^\circ \text{ total de artigos previstos para publicação no Jornal "Aponte" }} \times 100$$
- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de artigos publicados no Jornal "Sor Saúde" }}{\text{N}^\circ \text{ total de artigos previstos para publicação no Jornal "Sor Saúde" }} \times 100$$

3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa do planeamento em saúde corresponde à seleção de estratégias. Uma estratégia de saúde consiste num conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o intuito de obter um determinado objetivo, minimizando um ou mais problemas de saúde (Tavares, 1990).

Assim sendo, seleccionámos as seguintes estratégias com o intuito de atenuar os problemas de saúde considerados prioritários e necessárias à prossecução dos objetivos previamente definidos:

- envolver a Professora da ESSP responsável pelo estágio, assim como a Câmara Municipal da Ponte de Sor, a União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, o Centro de Saúde de Ponte de Sor, a GNR de Ponte de Sor, e meios de comunicação locais;
- planeamento em grupo das atividades a realizar, de modo a que estas fossem interessantes, apelativas e que contribuíssem para a minimização dos problemas e necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga;
- direcionar estratégias de intervenção que apelassem à participação da comunidade em conformidade com a Teoria de Organização Comunitária;
- dar ênfase à Promoção da Saúde através da Educação para a Saúde;
- valorizar a importância da adoção de estilos de vida saudáveis;
- rentabilizar de forma eficaz e eficiente recursos materiais existentes.

Tendo em linha de conta o preconizado pela Teoria de Organização Comunitária, as estratégias a aplicar, perante os problemas identificados, devem perspetivar o *empowerment*, permitindo a aquisição de conhecimentos e aptidões no sentido da melhoria da sua saúde, pela modificação de comportamentos que sejam responsáveis por estilos de vida não saudáveis.

O envolvimento de parcerias também é essencial para uma intervenção comunitária bem-sucedida, uma vez que o estabelecimento de parcerias entre os habitantes da comunidade e os trabalhadores de saúde de várias disciplinas têm como meta melhorar a saúde da comunidade através da distribuição e redistribuição informada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade.

Uma parceria constitui um meio particular para mobilizar recursos locais e para resolver problemas, pois orienta-se para a ação. Sendo que desenvolver estratégias locais de forma articulada e complementar em resposta a necessidades de saúde identificadas em proximidade, poderá constituir a resposta mais adequada para a dinamização de parcerias entre profissionais de saúde e outros atores sociais (Banza, 2012).

No sentido da melhor intervenção junto da comunidade face aos problemas priorizados viver só e isolamento da habitação, emergiu a entidade GNR, nossa aliada desde os primeiros procedimentos de realização do Diagnóstico de Saúde.

Relativamente à parceria estabelecida com a GNR, o grupo teve uma reunião com o Cabo Tomé no dia 1 de novembro de 2013, com a duração de 1 hora, no Posto do Destacamento Territorial da GNR em Ponte de Sor na qual foi explicado o trabalho que estávamos a desenvolver e o que pretendíamos em termos da sua colaboração, nomeadamente para a realização de uma sessão sobre “Segurança do Idoso”, envolvendo assim esta Entidade na intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia de Tramaga, bem como o empréstimo de material multimédia e tela para as respetivas apresentações em *power point*. A GNR, representada pelo Cabo Tomé demonstrou enorme agrado com a parceria, manifestando de imediato um parecer positivo para a colaboração. Esta estratégia assume especial importância, uma vez que vai ao encontro do que foi anteriormente mencionado no referencial teórico em relação ao papel de destaque que a GNR assume na Comunidade, mais especificamente junto da população idosa através do Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança.

Quanto à Helpphone, Empresa de Teleassistência Domiciliária, surgiu com o intuito de captar parceiros que estivessem envolvidos com problemas como viver só e o isolamento da habitação, problemas que foram identificados no diagnóstico de saúde. Neste âmbito, o grupo estabeleceu contacto com o Administrador da Empresa, em Lisboa, a 13 de novembro de 2013. Essa reunião, com a duração de 2 horas e 30 minutos, teve como intuito explicitar o trabalho que o grupo estava a desenvolver, e a proposta de parceria para uma sessão de esclarecimento sobre os serviços e demonstração de equipamentos de Teleassistência Domiciliária da Helpphone (apêndice X).

A Helpphone mostrou-se bastante recetiva, aceitando colaborar com o grupo de mestrandas.

O quadro 4 que se segue apresenta as estratégias delineadas face aos problemas prioritizados.

Estratégias	Problemas prioritizados
<p>Reunião com o Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor com vista a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para os problemas identificados no diagnóstico de saúde; -Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização/resolução de problemas sensíveis à sua intervenção; -Envolver nas atividades a desenvolver na Freguesia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); - Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; - Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca; - Idosos vivem sós; - Isolamento da habitação.
<p>Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor com o intuito de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensibilizar para os problemas identificados no diagnóstico de saúde; -apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização/resolução de problemas sensíveis à sua intervenção, nomeadamente: 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); - Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; - Idosos com classificação de pré-

<ul style="list-style-type: none"> * Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; * Criação de espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; * Funcionário da Câmara Municipal deslocar-se ao Centro Comunitário para promover a atividade física dos idosos. Alargar esta atividade a todos os idosos da população; * Colocação de rampas de acesso nos locais públicos (por exemplo igreja, casa mortuária e cemitério); * Colocação de rampas de acesso em casa de idosos com mobilidade reduzida; * Teleassistência; * Projeto de formação a idosos que queiram aprender a ler e a escrever; * Rede municipal de esgotos para todos. 	<p>obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca; - Idosos vivem sós; - Isolamento da habitação.
<p>Realização de “Atelier de Saúde”, associado à Comemoração de São Martinho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações e esclarecimentos individualizados, sensibilizando para a adopção de estilos de vida saudáveis; - Avaliação e registo da tensão arterial e glicémia capilar dos participantes aderentes; - Realização e distribuição de folhetos informativos alusivos aos problemas identificados: <ul style="list-style-type: none"> * “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” * “ Diabetes, aprender..., corrigir..., 	<ul style="list-style-type: none"> - Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; - Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca.

melhorar...”	
<p>Realização de “Fórum Comunitário”, com as estratégias de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar, através de sessão pública às Entidades Locais/Concelhias e Comunidade, os resultados obtidos no diagnóstico de saúde realizado à população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga; - Sensibilizar todos os participantes para as atividades a desenvolver apelando à participação de todos no sentido de colaboração e cooperação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); - Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; - Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca; - Idosos vivem sós; - Isolamento da habitação.
<p>Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” em parceria com a GNR e representante da Empresa de Teleassistência Domiciliária Helpphone, com o intuito de proporcionar informações sobre comportamentos de prevenção de isolamento, isolamento e acidentes domésticos.</p> <p>Temáticas a desenvolver na Sessão de Educação para a Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Segurança do idoso - prevenção de quedas e cuidados a ter com o frio” (mestradas); - Segurança dos idosos - medidas de 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); - Idosos vivem sós; - Isolamento da habitação.

<p>prevenção de burlas no idoso (GNR);</p> <p>-Teleassistência Domiciliária, com demonstração de equipamentos (Helpphone);</p> <p>Realização e distribuição de folhetos informativos alusivos às temáticas apresentadas:</p> <p>- “Prevenir para não cair...”</p> <p>- “Inverno em segurança”.</p>	
<p>Realização de artigo de informação “Saber mais, viver melhor!” e publicação no Jornal “Aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “Sor Saúde”, com a estratégia de sensibilizar a Comunidade para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação do artigo em meios de comunicação locais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; - Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca.
<p>Realização de artigo de informação “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” e publicação no Jornal “Aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “Sor Saúde”, com a estratégia de sensibilizar a Comunidade para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação do artigo em meios de comunicação locais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); - Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; - Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes:

	<p>Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca;</p> <p>- Idosos vivem sós;</p> <p>- Isolamento da habitação.</p>
--	--

Quadro 8 – Estratégias delineadas e respetivos problemas priorizados.

Face às estratégias delineadas importa fazer referência aos custos das mesmas, nomeadamente as despesas que o grupo teve com determinadas atividades. Para a realização do “Fórum Comunitário” e da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” o grupo gastou 25€ em flores para decorar o auditório da Junta de Freguesia de Tramaga. A impressão de documentos, folhetos, convites e cartazes, assim como encadernações teve um custo de 91,16€. Em relação às compras efetuadas no supermercado para o *coffee break* realizado quer no “Fórum Comunitário” quer na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” houve um gasto de 80,76€. Estas despesas perfazem um total de 196,92€ que foi dividido pelos elementos do grupo.

Houve também despesas entre o grupo de mestrandas nomeadamente em termos de combustível face às deslocações assim como, em chamadas telefónicas, que não foi possível quantificar.

As reuniões realizadas ocorreram no espaço físico das respetivas Entidades, não envolvendo encargos para o grupo.

Quer o “Fórum Comunitário” quer a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” decorreram no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga gentilmente cedido pelo Presidente da União de Freguesias. Houve também a disponibilização de uma funcionária para apoio logístico na preparação do auditório, assim como do *coffee break*. O material multimédia usado nestas duas atividades foi cedido pela GNR de Ponte de Sor. Já as pastas com papel no interior e caneta foram oferecidas pelo Crédito Agrícola de Ponte de Sor.

A publicação de artigos não careceu de custos.

A realização do “Atelier de Saúde” decorreu num espaço cedido pelo Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, com mesas e cadeiras cedidas pela União de Freguesias. Os recursos materiais utilizados, nomeadamente cavalete, esfigmomanómetros, estetoscópio, glicómetro, lancetas, fitas reagentes, luvas, compressas e pensos rápidos foram usados os dos elementos do grupo, assim como de um familiar de uma mestranda portador de diabetes. O

contentor para cortantes após utilização foi devolvido ao Centro de Saúde, onde exerce funções uma aluna.

3.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A elaboração de programas e projetos, quinta etapa do planeamento em saúde, sucede à seleção de estratégias. Deste modo, e para servir como guia orientador das atividades foi elaborado um projeto de estágio de grupo que é apresentado no apêndice II, assim como um projeto de estágio individual apresentado no apêndice III.

3.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Perante as estratégias selecionadas para o desenvolvimento da intervenção comunitária realizada no estágio, baseámo-nos na Teoria de Organização Comunitária, para preparar a sua execução, uma vez que no decurso das atividades desenvolvidas, procurou-se capacitar a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, fomentando o *empowerment*, para que através dos conhecimentos transmitidos tivessem a capacidade de conseguir participar de maneira esclarecida e consciente na tomada de decisões, relativamente à sua saúde e pudessem modificar os seus comportamentos em termos de saúde, adotando estilos de vida saudáveis, objetivando-se ganhos em saúde, ainda que a longo prazo.

Com esse intuito realizámos reuniões entre o grupo de mestrandas para a preparação das intervenções partilhando com a Professora orientadora; efetuámos pesquisa bibliográfica para utilização nas sessões de educação para a saúde, construção de folhetos informativos e criação de artigos de informação; e elaborámos um cronograma de atividades (apêndice XXVI).

Em relação **às reuniões quer com o Presidente da Câmara de Ponte de Sor, quer com o Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor** procedemos ao respetivo envio de um *email* a solicitar uma reunião para dar a conhecer os principais problemas de saúde identificados no diagnóstico de situação, e expor algumas propostas que poderiam ser desenvolvidas pelo município para fazer face a determinados problemas identificados.

Para a realização de **“Atelier de Saúde”, associado às comemorações de “São Martinho”** foi necessário desenvolver várias atividades, nomeadamente:

- Enviar *email* à União de Freguesias (Freguesia de Tramaga) a questionar a possibilidade da realização de um “Atelier de Saúde”, inserido na Comemoração de São Martinho;

- Enviar *email* à União de Freguesias (Freguesia de Tramaga) a solicitar divulgação do “Atelier de Saúde” por Edital;
- Elaborar cartaz identificativo do “Atelier de Saúde”, onde constem as atividades desenvolvidas no mesmo (apêndice V)
- Providenciar impressão do cartaz e cavalete para o colocar;
- Colocação do cartaz identificativo do “Atelier de Saúde” em locais estratégicos da Freguesia com o intuito de divulgação da atividade previamente;
- Elaboração do Plano de Sessão do “Atelier de Saúde” (apêndice VI);
- Elaboração de folhetos informativos sobre diabetes “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...” (apêndice VII) e hipertensão arterial “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” (apêndice VIII);
- Providenciar impressão de folhetos informativos;
- Providenciar aparelho de avaliação de tensão arterial digital, aparelho de avaliação de glicémia capilar, lancetas descartáveis, fitas reagentes, luvas, recipiente de cortantes e resíduos grupo III, pensos rápidos;
- Monitorizar a participação no “Atelier de Saúde”, através da criação de uma folha de registo onde constasse o sexo, idade, valor de tensão arterial, valor de glicémia capilar, e avaliação da iniciativa (apêndice IX).

Para a concretização do “**Fórum Comunitário**” houve atividades que tiveram de ser desenvolvidas, mais especificamente:

- Enviar *email* à União de Freguesias (Freguesia de Tramaga) a solicitar o empréstimo do auditório do edifício da Junta de Freguesia para a realização do “Fórum Comunitário”;
- Enviar *email* à União de Freguesias (Freguesia de Tramaga) a solicitar a divulgação do “Fórum Comunitário” através de Edital;
- Elaborar lista de Entidades da Cidade para entregar convites;
- Elaborar convites para as Entidades da Cidade e entregar os mesmos de preferência presencialmente, em caso de impossibilidade via *email* (apêndice XII);
- Providenciar impressão dos convites;
- Elaborar cartaz de divulgação do “Fórum Comunitário” (apêndice XI);
- Providenciar impressão do cartaz;
- Colocação do cartaz de divulgação do “Fórum Comunitário” em locais estratégicos da Freguesia com o intuito de divulgação da atividade previamente;
- Providenciar pastas para distribuir pelos presentes no “Fórum Comunitário”;

- Enviar *email* para Entidade Bancária de Ponte de Sor a solicitar patrocínio no que concerne a pastas e canetas;
- Criação de cabeçalhos para as folhas brancas a colocar nas pastas;
- Elaboração do Plano de Sessão do “Fórum Comunitário” (apêndice XIII);
- Elaboração de apresentação em *power point* com os principais resultados do diagnóstico de saúde realizado na Freguesia de Tramaga (apêndice XIV);
- Providenciar *coffee break* a realizar no dia do “Fórum Comunitário”.

Para prepararmos a **Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” em parceria com a GNR e a Helpphone - Empresa de Teleassistência Domiciliária**, desenvolvemos várias atividades, nomeadamente:

- Enviar *email* à União de Freguesias (Freguesia de Tramaga) a solicitar o empréstimo do auditório do edifício da Junta de Freguesia para realização da sessão;
- Enviar *email* à União de Freguesias (Freguesia de Tramaga) a solicitar a divulgação da sessão através de Edital;
- Enviar *email* ao Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor a solicitar autorização para deslocação de militar do “ Programa Apoio 65 - Idoso em Segurança” para participar na Sessão de Educação para a Saúde de dia 6 de dezembro de 2013;
- Enviar *email* à empresa Helpphone a solicitar a colaboração para explicitar os seus serviços e demonstração de equipamentos de Teleassistência Domiciliária;
- Enviar *email* ao Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor a solicitar empréstimo do material multimédia;
- Enviar *email* ao Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor a pedir autorização para utilizar logótipo da GNR nos convites;
- Elaborar lista de Entidades da Cidade para entregar convites;
- Elaborar convites para as Entidades da Cidade e entregar os mesmos de preferência presencialmente, em caso de impossibilidade via *email* (apêndice XVI);
- Providenciar impressão dos convites;
- Elaborar cartaz de divulgação da sessão, onde constem as atividades desenvolvidas na mesma (apêndice XVII);
- Providenciar impressão do cartaz;
- Colocação do cartaz de divulgação da sessão em locais estratégicos da Freguesia com o intuito de divulgação da atividade previamente;
- Providenciar pastas para distribuir pelos presentes na sessão;

- Enviar *email* para Entidade Bancária de Ponte de Sor a solicitar patrocínio no que concerne a pastas e canetas;
- Criação de cabeçalhos para as folhas brancas a colocar nas pastas;
- Elaboração do Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” (apêndice XVIII);
- Elaboração de apresentação em *power point* sobre medidas a adotar para prevenção da queda e cuidados ter com o frio (apêndice XIX);
- Elaborar folhetos informativos para distribuir pela população e convidados que assistam à sessão, denominados: “Prevenir para não cair...” (apêndice XX) e “Inverno em segurança” (apêndice XXI);
- Providenciar impressão dos folhetos;
- Providenciar *coffee break* a realizar no dia da sessão.

Com o intuito de publicar os **artigos “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” e “Saber mais, viver melhor”**, após a sua elaboração enviámos *email* a solicitar a publicação dos mesmos, no Jornal “Aposte”, assim como no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “Sor Saúde”.

3.7 – EXECUÇÃO

Nesta etapa especificam-se as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio, definidas de acordo com os objetivos estabelecidos anteriormente.

As atividades desenvolvidas no estágio tiveram em atenção a Teoria de Organização Comunitária, que ambicionava essencialmente fornecer *empowerment* ao idoso e capacitação para que ele pudesse efetuar conscientemente as suas escolhas no que respeita à sua saúde, no sentido de a melhorar.

Seguidamente são especificadas as várias atividades realizadas no decorrer do estágio de intervenção comunitária no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Enfermagem Comunitária.

A **reunião com o Sr. Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor** decorreu no dia 15 de novembro de 2013, pelas 10h30m, no edifício da Junta de Freguesia de Tramaga no gabinete do Presidente, e teve a duração de 1 hora e 30 minutos. A receber o grupo de alunas, para além do Sr. Presidente, estava o Sr. Vice-Presidente da União de Freguesias (anterior Presidente da Junta de Freguesia de Tramaga) que connosco

colaborou quando desenvolvemos o Diagnóstico de Saúde, altura em que ainda não existia a União de Freguesias.

Os elementos do grupo apresentaram-se e agradeceram a disponibilidade demonstrada para os receber. Foi explicada a razão pela qual estávamos ali e o que pretendíamos em termos de parceria com a Freguesia, tendo por referência os resultados do Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, por nós elaborado.

Foram apresentados os principais problemas de saúde identificados na população, tendo sido explicitadas as estratégias delineadas a realizar na Freguesia, com o intuito de fazer face a esses mesmos problemas.

Neste âmbito foram apresentadas as seguintes propostas de intervenção para a minimização ou resolução de problemas priorizados: teleassistência no caso dos idosos que vivem sós; colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia, incentivando ao convívio e lazer; criação de espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos na Freguesia, incentivando à prática desportiva; deslocação ao Centro Comunitário de um funcionário da Câmara com formação desportiva para realizar exercícios com os idosos; construção de rampas de acesso aos locais públicos (por exemplo: igreja, casa mortuária, cemitério) e em casas de idosos com mobilidade reduzida; rede municipal de esgotos para todos; e implementar projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever.

Estas propostas foram posteriormente também apresentadas ao Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor, dada a interdependência entre a União de Freguesias e a Câmara Municipal. Deste modo, em relação às propostas de intervenção expostas ao Sr. Presidente da União de Freguesias, este referiu que não dependiam única e exclusivamente da União de Freguesias dada a interdependência com a Câmara, contudo a conclusão da rede de esgotos para todos, a criação de rampas de acesso em alguns locais públicos e em alguns acessos às casas dos idosos, eram propostas aceites. As restantes propostas ficaram para análise.

Com o intuito de envolver a União de Freguesias na intervenção comunitária foram apresentadas propostas de colaboração nas atividades a desenvolver, nomeadamente: integração do “Atelier de Saúde” na Comemoração de São Martinho e consequente cedência de espaço físico (apoio do Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural de Tramaga); disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras, etc); apoio de 1 a 2 funcionários da União de Freguesias para ajuda e organização de espaços; disponibilidade do Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga para realização do “Fórum Comunitário”; disponibilidade do

Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”; e divulgação dos eventos à Comunidade através de Editais.

Todas estas propostas para colaboração nas atividades a desenvolver na Freguesia de Tramaga, foram aceites pelo Sr. Presidente da União de Freguesias, manifestando inteira disponibilidade e apoio ao grupo de mestrandas.

A reunião teve como objetivo informar o Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia.

A **reunião com o Sr. Presidente da Câmara de Ponte de Sor** decorreu no dia 15 de novembro de 2013, pelas 15 horas, no edifício da Câmara, na Ponte de Sor, no gabinete do Presidente, e teve a duração de 1 hora e 30 minutos. A receber o grupo de alunas, para além do Sr. Presidente, estava a responsável pela Área Social do Município, a Dr.^a Maria José Barradas.

A reunião teve como objetivo informar o Presidente da Câmara de Ponte de Sor sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia.

A reunião teve início com a apresentação dos elementos do grupo, seguido do agradecimento por nos receber. Foi explicada a razão pela qual estávamos ali e o que pretendíamos em termos de parceria com o Sr. Presidente, tendo por base os resultados do Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga por nós elaborado. Assim, face aos principais problemas identificados quisemos dar a conhecer na reunião algumas propostas que pudessem minimizar os problemas através da intervenção da Câmara.

A primeira proposta apresentada dizia respeito à implementação do serviço de teleassistência domiciliária nos idosos que vivem sozinhos na Freguesia. Tanto o Presidente como a Assistente Social referiram ser uma proposta interessante, no entanto, dispendiosa, merecendo análise, pelo que iriam tentar que fosse financiada através de fundos comunitários.

Relativamente à depressão o grupo sugeriu a colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer. O Presidente referiu ser uma proposta para analisar, remetendo para a existência dos Centros Comunitários que dispõem de atividades de lazer, e que têm a porta aberta a toda a população, contudo provavelmente será necessária uma maior divulgação, uma vez que nem todos sabem que os Centros Comunitários estão abertos a todos, e não exclusivamente a quem os frequenta.

Para diminuir a obesidade sugerimos a deslocação de um funcionário da Câmara Municipal ao Centro Comunitário de Tramaga para efetuar exercícios com os idosos, assim

como a criação de espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre. O Presidente afirmou que existia no Município o programa “Séniores Ativos” em que uma vez por semana o funcionário se deslocava à Freguesia para a prática de exercício físico com os idosos. Em relação aos espaços verdes com equipamentos desportivos, foi-nos dito que já existia um projeto desenvolvido pela Câmara nesse âmbito e que se encontrava ainda na fase de arquitetura.

No que diz respeito à acessibilidade, o grupo de mestrandas propôs a construção de rampas de acesso nos locais públicos, como a igreja, a casa mortuária, o cemitério, e em casas de idosos, com mobilidade reduzida, sendo ambas as propostas aceites pelo Presidente, fazendo referência ao programa PIMPA. A Rede Municipal de Esgotos para todos foi uma proposta referida pelo grupo, com a qual o Presidente concordou e aceitou, referindo que a conclusão da rede de esgotos é para realizar o mais breve possível.

Para fazer face à iliteracia propusemos que fosse dada formação aos idosos que quisessem aprender o ensino básico, a ler e a escrever, em articulação com a Universidade Sénior da Ponte de Sor. Esta proposta ficou para análise por parte do Presidente.

A atividade intitulada “**Atelier de Saúde**” surgiu associada à Comemoração de São Martinho desenvolvida pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, no dia 16 de novembro de 2013. O “Atelier de Saúde” foi realizado pelo grupo de 5 alunas do 3º Curso de Mestrado, com o apoio da União de Freguesias.

Esta atividade decorreu no pavilhão do Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga situado na Freguesia, entre as 20h e as 22h30m, com divulgação prévia através de edital elaborado pela União de Freguesias (anexo I), e por cartaz alusivo à atividade (apêndice V) colocado em vários pontos estratégicos da Freguesia.

A União de Freguesias disponibilizou-nos mesas e cadeiras onde colocámos o material necessário, nomeadamente folhas, canetas, aparelho de avaliação de tensão arterial, aparelho de avaliação de glicémia capilar, lancetas descartáveis, fitas reagentes, luvas, recipiente de cortantes e resíduos grupo III, pensos e folhetos informativos. Tínhamos ainda um cavalete onde colocámos o cartaz identificativo da atividade.

Esta atividade consistiu em avaliarmos e registarmos a tensão arterial e a glicémia capilar dos participantes, assim como fornecer informações e esclarecimentos individualizados sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, disponibilizando folhetos informativos.

Houve a preocupação por parte dos elementos do grupo em informar todos os participantes acerca da progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver, apelando à

participação de todos nas futuras atividades a serem desenvolvidas na Freguesia, fomentando o espírito de interesse e participação.

Os folhetos informativos foram denominados de “Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...” (apêndice VII), e “Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” (apêndice VIII). Os mesmos foram elaborados de forma simples, com imagens apelativas que permitissem a compreensão do conteúdo, e informação acessível, de forma a permitir não só aos idosos mas também aos seus familiares o acesso à informação disponibilizada.

No final, foram colocadas aos participantes 2 questões recorrendo a Escala de *Likert* de 1 a 5 acerca da importância e interesse que atribuíam à atividade, numa folha criada para o efeito, como se pode observar no apêndice IX. Os resultados obtidos serão apresentados capítulo seguinte, Avaliação.

Na Comemoração de São Martinho participaram 80 pessoas, sendo que destas, 61 participaram no “Atelier de Saúde” e 52 aceitaram respetivos folhetos. Apenas 2 participantes recusaram avaliar a glicémia capilar.

De referir que esta atividade destinava-se essencialmente à população com 65 ou mais anos, no entanto, era alargada a toda comunidade, uma vez que nos mais jovens e nos adultos, é importante uma intervenção que possibilite uma conduta preventiva.

O grupo tirou algumas fotografias no decorrer da atividade as quais podem ser visualizadas no apêndice X.

O “Atelier de Saúde” tinha como objetivos capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; informar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre a adopção de medidas preventivas de hipertensão arterial e diabetes; e incentivar os idosos da Freguesia de Tramaga a fazerem vigilância da sua tensão arterial e glicémia capilar.

O plano de sessão desta atividade encontra-se no apêndice VI.

O “**Fórum Comunitário**” foi uma atividade que o grupo de alunas realizou no dia 29 de novembro de 2013, no auditório do edifício da Junta de Freguesia de Tramaga, com início às 14 h e fim às 16 h.

A divulgação desta atividade foi feita previamente, através de um convite à população elaborado pelos elementos do grupo (apêndice XI), colocado em locais estratégicos da Freguesia, assim como, pela União de Freguesias, através de edital. Para além do espaço físico e da divulgação da atividade, houve também a colaboração por parte da União de

Freguesias ao disponibilizar uma funcionária para apoio na organização da sala de acordo com as nossas necessidades.

Às Entidades foram entregues convites pessoalmente, e outros feitos por contacto telefónico ou via *email*. As Entidades convidadas foram: Presidente e Vice presidente da União de Freguesias; Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; Enfermeira Chefe e Diretor do Centro Saúde de Ponte de Sor; Comandante da GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal “Aponte” e “Ecos do Sor”); Teleassistência Domiciliária Helpphone e IPP-ESSP.

Esta atividade teve como objetivo informar as Entidades Locais/Concelhias e Comunidade de Tramaga sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia.

As entidades convidadas, bem como os participantes foram recebidos pelos elementos do grupo à entrada do edifício, e após a nossa apresentação, encaminhados para o auditório. Nas cadeiras existentes no auditório estava uma pasta com uma caneta e folhas brancas, as quais nos foram gentilmente fornecidas pela entidade bancária Crédito Agrícola. No interior da pasta encontrava-se ainda o convite para a próxima atividade a desenvolver pelo grupo, a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”. Uma vez mais com a preocupação por parte dos elementos do grupo, em informar todos os participantes acerca da progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver, apelando à participação de todos nas futuras atividades a serem desenvolvidas na freguesia, fomentando o espírito de interesse e participação nas mesmas.

A sessão teve início com a apresentação do grupo, passando à apresentação preparada em *power point* (apêndice XIV), com o auxílio do *datashow* e tela cedidos generosamente para o efeito, pelo Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor.

Os diapositivos continham uma breve abordagem sobre a Enfermagem e a Comunidade, especificando o papel da Enfermagem Comunitária, de seguida o porquê de termos escolhido a Freguesia de Tramaga, os objetivos do diagnóstico de saúde efetuado, a metodologia usada para chegar à população inquirida, o instrumento de colheita de dados (constituído por 8 grupos nomeadamente, caracterização sociodemográfica; caracterização habitacional; caracterização sociofamiliar e económica; Atividades Instrumentais de Vida Diárias; Atividades de Vida Diárias; Escala de Depressão Geriátrica; Índice de Comorbilidade de Charlson; Indicadores de Risco Geriátrico; e Utilização de Serviços de Saúde e Sociais), os

principais resultados obtidos com a aplicação do questionário à população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, e por último as principais conclusões.

Terminada a apresentação foi aberto o espaço para colocação de dúvidas, e esclarecimentos.

De seguida, agradecemos a presença de todos, desde a população às Entidades, nomeadamente a Professora orientadora Dr.^a Filomena Martins, o Presidente e Vice-Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, o Vereador da Câmara de Ponte de Sor, o Comandante da GNR do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, a Enfermeira chefe e outro elemento de Enfermagem do Centro de Saúde de Ponte de Sor, contabilizando um total de 7 pessoas. Estiverem presentes 37 elementos da população com 65 ou mais anos.

De referir que entregámos um exemplar do Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga ao Vereador da Câmara Municipal de Ponte de Sor, e outro ao Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, em jeito de agradecimento por toda a colaboração na parceria com as mestrandas.

O plano de sessão do “Fórum Comunitário” encontra-se no apêndice XIII.

No final houve um *coffee break* preparado pelas alunas do grupo, para convívio entre os presentes, como se pode observar pelas fotografias apresentadas no apêndice XV.

A **Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”** decorreu no dia 6 de dezembro de 2013, no auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, entre as 14h e as 16h, em parceria com GNR e a Empresa de Teleassistência Domiciliária – Helpphone, tal como tinha sido previamente acordado, com o intuito de dinamizar a sessão recorrendo a parceiros ligados aos problemas abordados.

A divulgação desta atividade foi feita previamente pela Freguesia, através de edital (anexo II), e pelo grupo através de cartaz de divulgação da sessão (apêndice XVII), colocado em locais estratégicos da Freguesia, assim como através da colocação do convite nas pastas fornecidas aos participantes no “Fórum Comunitário”, tal como foi mencionado anteriormente. Para além do espaço físico e da divulgação da atividade, houve também a colaboração por parte da União de Freguesias ao disponibilizar uma funcionária para apoio na organização da sala de acordo com as nossas necessidades.

Às Entidades foram entregues convites pessoalmente, e outros feitos por contacto telefónico ou via *email*. As Entidades convidadas foram: Presidente e Vice presidente da União de Freguesias; Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; Enfermeira Chefe e Diretor do Centro Saúde de Ponte de

Sor; Comandante da GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal “Aponte” e “Ecos do Sor”); Teleassistência Domiciliária Helpphone e IPP-ESSP.

Os participantes foram recebidos pelos elementos do grupo na entrada do edifício, e após a nossa apresentação, encaminhados para o auditório. Nas cadeiras existentes no auditório colocámos uma pasta com uma caneta e folhas brancas, as quais nos foram gentilmente fornecidas pelo Crédito Agrícola.

A abertura da sessão ficou a cargo de um elemento do grupo de mestrandas, que deu as boas vindas a todos os presentes e de seguida apresentou os elementos constituintes da mesa, nomeadamente outro membro do grupo de mestrandas, o representante da empresa de teleassistência domiciliária Helpphone e dois elementos da GNR.

A primeira apresentação foi a do grupo de mestrandas, apresentada por um elemento do grupo, e intitulada de “Segurança do Idoso”, através da exposição em *power point* de conteúdos sobre a prevenção de acidentes domésticos, segurança no lar e cuidados com o frio. Os conteúdos foram direcionados para as quedas, expondo os fatores de risco para a ocorrência destas, e recomendações para as evitar. Seguiram-se as recomendações para os idosos terem com o frio. Os diapositivos foram elaborados tendo por base orientações técnicas da DGS, e encontram-se no apêndice XIX. A apresentação preparada em *power point* foi possível ser exposta com o auxílio do *datashow* e tela cedidos generosamente para o efeito, pelo Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor.

Terminada a apresentação foram questionados os presentes acerca de dúvidas, tendo as mesmas sido esclarecidas. Foram distribuídos folhetos informativos sobre as temáticas apresentadas, intitulados de “Prevenir para não cair...” (apêndice XX), e “Inverno em segurança” (apêndice XXI). Houve a preocupação por parte do grupo, em que os folhetos informativos fossem elaborados com linguagem adequada e compreensível, contendo imagens que permitissem compreender o conteúdo.

De seguida o Cabo Tomé procedeu à apresentação representativa da GNR, na qual expôs temas como burlas aos idosos, características dos burlões, e cuidados a ter em casa e na rua, de modo a evitar burlas. Em apêndice encontram-se algumas fotos que retratam essa apresentação (apêndice XXII). As dúvidas que surgiram foram esclarecidas pelo Cabo Tomé. No final, a GNR disponibilizou aos presentes um folheto informativo intitulado “Cuidado

com as burlas” (ver anexo IV), e um cartão com os contactos do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, Núcleo Idosos em Segurança.

A terceira e última apresentação, esteve a cargo de um representante da empresa de Teleassistência Domiciliária – Helpphone, que explicitou em que consistia o serviço prestado pela empresa, providenciando a demonstração de equipamentos, sendo que todos os presentes puderam observar e manusear os aparelhos. As dúvidas colocadas foram esclarecidas.

O representante da empresa distribuiu um folheto informativo (anexo V) sobre o serviço de teleassistência domiciliária prestado, os quais foram distribuídos pelos presentes, tendo os restantes sido colocados na recepção da Junta de Freguesia, ficando disponíveis à restante população.

Concluída a terceira e última apresentação, a sessão foi encerrada por um elemento do grupo de mestrandas presente na mesa, onde mais uma vez se agradeceu a comparência dos presentes, enaltecendo a parceria com a GNR em participar na sessão, bem como o empréstimo de material multimédia, da Helpphone, assim como todo o apoio dado pela União de Freguesias para além da disponibilidade do auditório.

As entidades presentes foram o Presidente e Vice-Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, o Vereador da Câmara, o Chefe e dois Cabos da GNR do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, a Responsável pela Área Social da Câmara, a Enfermeira chefe e outro elemento de Enfermagem do Centro de Saúde de Ponte de Sor, um jornalista do Jornal “Ecos do Sor”, e um membro da Assembleia da União de Freguesias, perfazendo um total de 11 pessoas. Estiverem ainda presentes 45 elementos da população, dois deles com menos de 65 anos.

Foi entregue um Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga ao chefe da GNR presente na sessão.

O plano da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” encontra-se no apêndice XVIII.

Seguiu-se um *coffee break* preparado pelas alunas, para convívio entre os presentes, como se pode observar nas fotografias apresentadas no apêndice XXII.

De referir que a União de Freguesias disponibilizou um funcionário e uma carrinha para transportar os idosos que moravam mais longe ou com dificuldades na mobilização para se deslocarem até ao edifício da Junta de Freguesia para assistirem à sessão.

Esta atividade foi alvo de reportagem por parte de um jornalista presente na sessão, como se pode ver no anexo III, excerto retirado do Jornal “Ecos do Sor” publicado a 10 de dezembro de 2013.

A realização desta atividade teve como objetivo maximizar conhecimentos sobre comportamentos de prevenção de isolamento, insegurança e acidentes domésticos. Deste modo pretendeu-se capacitar os idosos com informações úteis para o dia-a-dia em segurança, contribuindo para a prevenção de acidentes domésticos, alertar para os perigos do isolamento e dar a conhecer alguns dispositivos existentes para o apoio à população idosa, em termos de teleassistência domiciliária.

Outra atividade desenvolvida pelo grupo de 5 alunas foi a redação de **dois artigos**, para publicação no Jornal “Aponte”, jornal mensal da região de Ponte de Sor e no “Sor Saúde” Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor. Os mesmos foram intitulados de **“Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”** e **“Saber mais, viver melhor”**.

A realização dos artigos tinha como objetivo capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, proporcionando o aumento do nível de conhecimentos através de informação e divulgação, para melhoria do estado de saúde, encorajando os cidadãos a serem responsáveis pela sua própria saúde, e minimizando o aparecimento das repercussões da inatividade ou patologias.

O artigo denominado **“Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”** aborda o envelhecimento como um processo natural, transmitindo que as alterações decorrentes deste processo devem ser encaradas com uma atitude positiva, valorizando o convívio e a comunicação, evitando o isolamento. Abarca conteúdos relacionados com a adoção de uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência, incentivando a prática da atividade física. Foram ainda dados exemplos de comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto provocado pelas patologias osteoarticulares.

O artigo intitulado **“Saber mais, viver melhor”** procura transmitir informação e conhecimento sobre novos hábitos mais saudáveis, relacionados com a alimentação e incentivo à prática de exercício físico regular. O intuito é o de fazer com que as pessoas, responsáveis pela sua saúde, adotem hábitos mais saudáveis, para combater as doenças como a hipertensão arterial, dislipidémia, AVC, diabetes, enfarte agudo miocárdio e obesidade.

Houve uma preocupação por parte do grupo em que os artigos tivessem uma linguagem adequada e compreensível, assim como uma imagem apelativa, suscitando interesse aos leitores.

Após a redação dos artigos estes foram enviados por *email* para o Jornal “Aponte” para posterior publicação. O primeiro artigo foi enviado a 19 de novembro de 2013 e o segundo enviado a 19 de dezembro de 2013, contudo por motivos que nos foram alheios, estes foram publicados somente em janeiro e fevereiro de 2014, como se pode confirmar no apêndice

XXIV e apêndice XXV. O jornal é mensal, sendo que a publicação ficou sujeita à seleção de notícias pela direção do jornal. O mesmo jornal está acessível para os seus assinantes ou interessados na sua aquisição.

Os mesmos artigos foram também enviados para o Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor a 14 de janeiro de 2014, tendo sido publicados no “Sor Saúde” a 21 de janeiro de 2014 (apêndice XXIII). De referir, que já tínhamos anteriormente entrado em contacto via *email* a solicitar colaboração na publicação dos artigos mas somente nesta data obtivemos resposta.

3.8 – AVALIAÇÃO

Após a especificação das atividades desenvolvidas ao longo do estágio surge a última etapa do planeamento em saúde, a avaliação.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 173) “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”. Desta forma, os progressos alcançados com as atividades serão comparados com os objetivos e metas definidas. Neste sentido, pode-se dizer que a finalidade da avaliação é melhorar os programas e não só justificar as atividades realizadas.

Assim, chegados a esta fase, cabe-nos proceder à avaliação da intervenção comunitária no âmbito da minimização dos problemas de saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, e capacitação da mesma, para a adoção de estilos de vida saudáveis. Para tal, há que verificar se cumprimos os objetivos e a forma como respondemos aos indicadores de atividade, previamente definidos.

No que respeita à **reunião com o Sr. Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor**, em termos de propostas aceites a meta de 30% foi atingida, uma vez que o resultado obtido através do indicador de atividade foi de 37,5%.

$$\text{- } \frac{\text{Nº de propostas aceites pelo Presidente da UF}}{\text{Nº total de propostas efetuadas ao Presidente da UF}} \times 100 = \frac{3}{8} \times 100 = 37,5\%$$

Em relação às propostas para análise, a meta de 40% foi ultrapassada, dado que se obteve 62,5%.

$$\begin{array}{lcl} - \frac{\text{Nº de propostas para análise pelo Presidente da UF}}{\text{Nº total de propostas efetuadas ao Presidente da UF}} \times 100 = & \frac{5}{8} \times 100 = & 62,5\% \end{array}$$

As 6 propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária apresentadas ao Presidente da União de Freguesias foram aceites na totalidade, pelo que a meta de 30% foi atingida.

$$\begin{array}{lcl} - \frac{\text{Nº de propostas de colaboração aceites pelo Presidente da UF}}{\text{Nº total de propostas efetuadas ao Presidente da UF}} \times 100 = & \frac{6}{6} \times 100 = & 100\% \end{array}$$

Tendo em linha de conta as metas definidas, e após a avaliação dos indicadores constatamos que as mesmas foram alcançadas com sucesso, atingindo os objetivos.

Relativamente à **reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor** [CMPS] estabelecemos como objetivo operacional que fossem aceites 30% das propostas de intervenção favoráveis à minimização/resolução dos problemas priorizados, objetivo esse que foi atingido, uma vez que, das 8 propostas efetuadas, 3 foram aceites, perfazendo 37,5%, como se pode verificar no indicador apresentado de seguida.

$$\begin{array}{lcl} - \frac{\text{Nº de propostas aceites pelo Presidente da CMPS}}{\text{Nº total de propostas efetuadas ao Presidente da CMPS}} \times 100 = & \frac{3}{8} \times 100 = & 37,5\% \end{array}$$

No que diz respeito às propostas para análise por parte do Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor, a meta foi também atingida porque, das 8 propostas apresentadas 5 ficaram para análise o que equivale a 62,5%, ultrapassando assim a meta proposta de 40%.

$$\begin{array}{lcl} - \frac{\text{Nº de propostas para análise pelo Presidente da CMPS}}{\text{Nº total de propostas efetuadas ao Presidente da CMPS}} \times 100 = & \frac{5}{8} \times 100 = & 62,5\% \end{array}$$

Consideramos assim que as metas delineadas foram atingidas bem como o objetivo de informar o Presidente da Camara Municipal de Ponte de Sor sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia de Tramaga.

No “**Atelier de Saúde**” participaram 61 pessoas, sendo 35 do sexo masculino (57,4%) e 26 do sexo feminino (42,6%). A idade máxima foi de 81 anos e a mínima de 14 anos. A

média de idades foi de 60 anos, sendo que dos participantes, 24 tinham mais de 65 anos, correspondendo a 39,3% dos participantes.

Estipulou-se como meta que 50% do total de participantes na Comemoração de São Martinho aderissem ao “Atelier de Saúde”, assim, e através do indicador de atividade definido, constata-se que essa meta foi atingida, uma vez que se obteve 76,3% de participantes, dado que participaram 80 pessoas na Comemoração de São Martinho sendo que dessas, 61 participaram no “Atelier de Saúde”.

$$\text{- } \frac{\text{Nº de aderentes ao “Atelier de Saúde”}}{\text{Nº total de participantes na Comemoração de São Martinho}} \times 100 = \frac{61}{80} \times 100 = 76,3\%$$

No decorrer do “Atelier de Saúde” foi constante a avaliação da tensão arterial e da glicémia capilar dos participantes.

Em relação à avaliação da tensão arterial, esta foi uma intervenção aplicada a todos os participantes no “Atelier de Saúde”, ultrapassando assim a meta proposta de 95%, dado que se obteve 100%, visto que dos 61 participantes no “Atelier de Saúde” a todos foi avaliada a tensão arterial.

$$\text{- } \frac{\text{Nº de pessoas a quem foi avaliada a tensão arterial}}{\text{Nº total de participantes no “Atelier de Saúde”}} \times 100 = \frac{61}{61} \times 100 = 100\%$$

De referir que a média do valor de tensão arterial sistólica obtida foi 151 mmHg e a média do valor de tensão arterial diastólica foi 91 mmHg. Estes valores remontam para o problema da hipertensão arterial, condizendo com os resultados obtidos no diagnóstico de saúde, onde se evidenciou que 75,2% da população inquirida apresentava hipertensão arterial.

No que respeita à avaliação da glicémia capilar, a meta proposta era que esta avaliação fosse realizada a 90% dos participantes, a qual foi atingida, dado que se obteve 96,7%. Isto porque dos 61 participantes, houve 2 que recusaram avaliar a glicémia capilar.

$$\text{- } \frac{\text{Nº de pessoas a quem foi avaliada a glicémia capilar}}{\text{Nº total de participantes no “Atelier de Saúde”}} \times 100 = \frac{59}{61} \times 100 = 96,7\%$$

A média dos valores avaliados foi 106 mg/dl. O valor máximo identificado foi 208 mg/dl e o valor mínimo 77 mg/dl.

Em relação aos folhetos informativos, delineamos como meta que 80% dos participantes aceitassem folheto informativo, e o que obtivemos, após o cálculo do indicador de atividade definido, foi de 85%, uma vez que dos 61 participantes, 52 receberam folheto informativo. Estes dados permitem afirmar que a meta foi atingida.

$$\text{- } \frac{\text{Nº de pessoas que aceitaram folheto informativo}}{\text{Nº total de participantes no "Atelier de Saúde"}} \times 100 = \frac{52}{61} \times 100 = 85\%$$

Elaborámos duas questões para avaliação da atividade, relativamente à importância atribuída à iniciativa, e ao interesse em participar em iniciativas que promovam a sua própria saúde. A totalidade dos participantes respondeu às duas questões.

Em relação à importância da iniciativa, 7 pessoas atribuíram valor 4 ("é importante"), enquanto que as restantes 54 atribuíram pontuação 5 ("é muito importante"). Assim sendo, obtivemos 100% de respostas favoráveis relativamente à importância da iniciativa, o que fez com que atingíssemos a meta proposta de 50% de respostas com valor maior ou igual a 4.

$$\text{- } \frac{\text{Nº total de respostas maiores ou iguais a 4 relativamente à importância do "Atelier de Saúde"}}{\text{Nº total de participantes no "Atelier de Saúde"}} \times 100 = \frac{61}{61} \times 100 = 100\%$$

No que respeita ao interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde, houve 11 respostas do número 4 ("estou interessado") e 50 respostas do número 5 ("estou muito interessado"), o que perfaz 100% de respostas de valor maior ou igual que 4. Deste modo, pode-se afirmar que a meta de 50% proposta foi atingida.

$$\begin{aligned} \text{- } & \frac{\text{Nº total de respostas maiores ou iguais a 4 relativamente ao interesse em}}{\text{participar em iniciativas que promovam a sua saúde}} \times 100 = \\ & \frac{61}{61} \times 100 = 100\% \end{aligned}$$

De referir que estava uma noite muito fria, o que pode ter influenciado a saída das pessoas das suas casas, e consequentemente o número de pessoas presentes no “Atelier de Saúde”.

Registou-se a adesão inclusive de pessoas mais novas, o que denota a preocupação da comunidade com a saúde e estilos de vida saudáveis.

Face aos resultados apresentados consideramos que a realização do “Atelier de Saúde” foi uma atividade bem-sucedida, com o atingir dos objetivos traçados, ao capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, informar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre a adoção de medidas preventivas de hipertensão arterial e diabetes, e incentivar os participantes a vigiarem a tensão arterial e glicémia capilar. Não esquecendo o contributo da União de Freguesias para o sucesso da atividade.

Para a avaliação da atividade intitulada **“Fórum Comunitário”** foram criados dois indicadores de atividade ou execução, um relativo à presença de Entidades, e outro relativo à presença da população.

Atendendo ao indicador proposto, observa-se que relativamente ao número de Entidades participantes no “Fórum Comunitário” o objetivo foi atingido, isto porque a meta planeada foi de 10%, e o resultado obtido foi de 20%, uma vez que das 35 Entidades convidadas, 7 estiveram presentes.

$$\text{- } \frac{\text{Nº de Entidades que participaram no “Fórum Comunitário”}}{\text{Nº total de Entidades convidadas}} \times 100 = \frac{7}{35} \times 100 = 20\%$$

Relativamente à presença de pessoas com 65 ou mais anos no “Fórum Comunitário” delineou-se como meta que 10% dessa mesma população participasse nessa atividade. Através do cálculo do indicador de atividade previamente definido, obteve-se 10,6%, uma vez que das 350 pessoas com 65 ou mais anos, estiveram presentes 37.

$$\text{- } \frac{\text{Nº de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos que}}{\text{Nº total de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos}} \times 100 = \frac{37}{350} \times 100 = 10,6\%$$

O “Fórum Comunitário” foi uma atividade desenvolvida com o intuito de informar as Entidades Locais/Concelhias e Comunidade de Tramaga sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia. O número de presentes poderia ser mais expressivo, dada a

prévia divulgação e entrega dos convites, no entanto, a meta foi atingida, pelo que consideramos que o “Fórum Comunitário” foi positivo, uma vez que os objetivos foram atingidos, permitindo ainda incentivar a Comunidade a participar nas atividades a desenvolver pelo grupo de mestrandas.

Relativamente à Sessão de Educação para a Saúde “**Segurança do Idoso**” o presente indicador permitiu conhecer a percentagem total de Entidades que participaram na mesma, assim:

$$\begin{aligned} & - \frac{\text{Nº de Entidades que participaram na sessão “Segurança do Idoso”}}{\text{Nº total de Entidades convidadas}} \times 100 = \\ & = \frac{11}{35} \times 100 = 31,4\% \end{aligned}$$

Verifica-se que 31,4% de Entidades participaram na sessão “Segurança do Idoso”, o que permite afirmar que a meta ambicionada de 10% foi ultrapassada.

Em relação ao número de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos a participarem na sessão, definimos como meta a participação de 10% e obtivemos 12,3%, como se pode ver no cálculo do indicador apresentado, o que permite afirmar que a meta foi atingida. Participaram 45 pessoas, mas 2 delas tinham menos de 65 anos.

$$\begin{aligned} & - \frac{\text{Nº de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos}}{\text{que participaram na sessão “Segurança do Idoso”}} \times 100 = \frac{43}{350} \times 100 = 12,3\% \end{aligned}$$

Outro aspeto avaliado foi a entrega de folhetos informativos aos participantes, tendo-se ambicionado que 95% dos participantes na sessão aceitassem folhetos. Essa meta foi atingida, obtendo-se 100%, uma vez que dos 45 participantes todos receberam folheto informativo.

$$\begin{aligned} & - \frac{\text{Nº de pessoas que aceitaram folheto informativo}}{\text{Nº total de participantes na sessão “Segurança do Idoso”}} \times 100 = \frac{45}{45} \times 100 = 100\% \end{aligned}$$

Em relação ao levantamento de dúvidas na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” delineámos como meta que 95% das questões colocadas fossem esclarecidas. Na

sessão foram colocadas 5 questões, tendo sido todas esclarecidas, o que possibilita afirmar que este objetivo foi alcançado com sucesso uma vez que se obteve 100%.

$$\frac{\text{Nº de questões esclarecidas na sessão "Segurança do Idoso"}}{\text{Nº total de questões levantadas pelos participantes na sessão "Segurança do Idoso"}} \times 100 = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$$

Como se descreveu, as metas traçadas relativas à Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” foram superadas. Esta atividade desenvolvida em parceria com a GNR e a Helpphone foi uma mais-valia para todos os presentes, dado o seu contributo para a maximização de conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes domésticos.

Em relação à avaliação dos **artigos publicados** no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “Sor Saúde”, foi estipulado como meta a publicação de 2 artigos no mesmo jornal. O indicador de atividade delineado permite afirmar que foi uma atividade com sucesso, uma vez que os 2 artigos previstos para publicação foram publicados.

Em complemento da avaliação, referir que esta publicação foi classificada como interessante 5 vezes, tendo inclusive o seguinte comentário: “Parabéns pelo trabalho, sem dúvida que se deve apostar na prevenção da doença e promoção da saúde! E para isso cada vez mais é necessário termos colegas especializados nessa área! Bom trabalho”. (Rui Martins).

$$- \frac{\text{Nº de artigos publicados no Jornal "Sor Saúde"}}{\text{Nº de artigos previstos para publicação no Jornal "Sor Saúde"}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

Quanto aos artigos publicados no Jornal “Aponte”, o respectivo indicador permite referir que foi também uma atividade bem-sucedida, uma vez que os 2 artigos previstos para publicação foram publicados.

$$- \frac{\text{Nº de artigos publicados no Jornal "Aponte"}}{\text{Nº de artigos previstos para publicação no Jornal "Aponte"}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

Deste modo, as metas propostas foram atingidas, bem como o objetivo de capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, através da publicação de artigos em meios de comunicação locais, dirigidos assim para os leitores do

Jornal “Aponte” e para os seguidores do Jornal digital “Sor Saúde”. As datas de publicação dos mesmos foram alheias ao grupo de mestrandas.

Terminada a avaliação das diversas atividades realizadas ao longo do estágio de intervenção comunitária, pode-se afirmar que os objetivos específicos propostos foram atingidos assim como as metas estipuladas foram ultrapassadas, sendo de salientar que todas as atividades programadas foram realizadas.

Como já foi referido anteriormente, no âmbito deste trabalho não é possível definir indicadores de resultado ou impacto, uma vez que os mesmos implicam uma avaliação a médio prazo e tal não seria possível de efetuar neste relatório, não sendo possível avaliar ganhos em saúde, sendo apenas quantificadas atividades, de acordo com a consecução das metas definidas, supondo apenas que, existirão mudanças de comportamento na população abrangida pelas atividades, presumindo-se que as mesmas irão servir como um contributo para a mudança de comportamentos, que irão capacitar o indivíduo, responsabilizando-o pela sua saúde, e trazendo benefícios para o mesmo. Indo neste sentido, ao encontro dos objetivos gerais do estágio.

4 – ANÁLISE CRÍTICA

Neste capítulo pretende-se fazer uma análise crítica em relação às atividades desenvolvidas ao longo do estágio, confrontando com dados existentes a nível nacional e com referências à literatura internacional, remetendo também para os resultados dos artigos analisados pela metodologia PICO.

Segundo Banza (2012) existe uma necessidade real de intervir no envelhecimento, focalizando as intervenções na promoção da saúde e a montante da doença, das perdas e incapacidades, as quais não sendo possível muitas vezes serem eliminadas, podem frequentemente ser retardadas no tempo.

Assim, no seguimento dos principais problemas identificados na população desenvolveram-se atividades com o intuito de contribuir para a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, bem como promover a capacitação dessa mesma população para a adoção de estilos de vida saudáveis.

O Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas tem como desígnio enfatizar a necessidade de mudança de comportamentos individuais para estilos de vida mais saudáveis, como por exemplo, a dieta mais equilibrada, a prática de exercício físico, o controlo do peso corporal, a redução do consumo do tabaco e do álcool, entre outros, permitindo melhorar a informação e os conhecimentos com vista ao desenvolvimento da saúde pública, aumentar a segurança na saúde, bem como, promover a saúde e prevenir a doença. Os estilos de vida e a adoção de comportamentos adequados e saudáveis são determinantes da saúde e de doença (PORTUGAL, 2004).

À luz da evidência científica, dever-se-á incentivar à mudança de comportamentos através de ajuda especializada por parte dos profissionais de saúde, focando o seu empenho nas boas práticas de cuidados de saúde humanizados, ricos em calor humano, técnica e cientificamente corretos, com especial enfoque para considerar os determinantes sociais facilitadores do empoderamento/capacitação dos doentes (Cunha, Chibante & André, 2014).

De acordo com PORTUGAL (2004) existem orientações estratégicas e intervenções necessárias que passam por adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos, nomeadamente através de um investimento na informação da população idosa sobre a

forma de lidar com as situações de doença mais comuns, medidas de prevenção de quedas e envelhecimento ativo. Assim como, um investimento nas situações de maior vulnerabilidade, como a idade avançada, alterações sensoriais, AVC, doença crónica, depressão, isolamento, demência, desnutrição, escaras, risco de quedas, incontinência, polimedicação, hospitalização, etc.

Transitando para o contexto da intervenção comunitária desenvolvida, a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga apresenta características que se cruzam com as situações de maior vulnerabilidade apresentadas anteriormente. É uma população envelhecida, cuja média de idades é de 76 anos, com baixa literacia e em que 25,5% vivem só. A maioria tem dificuldades económicas. Também a maioria é independente nas atividades de vida diárias e quando precisam de apoio é um familiar que ajuda (normalmente o cônjuge ou outro familiar, no caso de viver só). São idosos compatíveis com quadro de Depressão. Apresentam pré-obesidade e obesidade I, índice de comorbilidade severa, patologias como hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca), polimedicação, e tendência para a queda (relacionada com habitação e distúrbios sensoriais).

A ação educativa em saúde deve ser um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação de grupos na procura da melhoria das condições de saúde. Neste processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos, pelo que ao realizar educação para a saúde se deva estimular o diálogo, a indagação, a reflexão, e a ação (Fonteles, Santos & Silva, 2009).

A Educação para a Saúde foi uma das estratégias delineadas para o desenvolvimento da intervenção comunitária, com vista à promoção de um envelhecimento saudável.

As práticas educacionais em saúde adquirem um papel importante no *empowerment* da população, tornando possível disseminar informações e construir ações que preconizem estilos de vida saudáveis, contribuindo assim, para um envelhecimento bem sucedido (Teixeira, 2002).

Segundo Zamarim, Matsuo, Velardi & Miranda (2008) pretende-se que os idosos aprendam sobre saúde, a conhecerem-se, discutam sobre as atividades e as suas implicações, e compreendam de maneira crítica sobre o que fazem, e possam desse modo decidir pelo que julgam necessário para a sua saúde.

O Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas chama à atenção para a importância do envolvimento da comunicação social, grupos profissionais, nomeadamente ligados à segurança, dos responsáveis autárquicos e de todos os parceiros sociais, nas estratégias de intervenção dirigidas à saúde das pessoas idosas (PORTUGAL, 2004).

Neste sentido, houve preocupação em que as estratégias de intervenção comunitária envolvessem a União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, assim como a Câmara Municipal de Ponte de Sor nas diversas atividades desenvolvidas no decorrer do estágio. Também a GNR de Ponte de Sor foi envolvida, com enfoque na segurança dos idosos. Os Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, o Centro de Saúde de Ponte de Sor, Associações de Tramaga e de Ponte de Sor, e 2 jornais do Concelho foram também envolvidos, sendo convidados a participarem em algumas atividades desenvolvidas. Pelo que, consideramos que as estratégias utilizadas foram adequadas.

Tais práticas vão ao encontro da evidência científica, condizendo com o apresentado anteriormente aquando a análise de artigos recorrendo à metodologia PICO, remetendo para que a promoção de estratégias locais, tal como parcerias entre diferentes serviços integrados na Comunidade (Centros de Saúde, Juntas de Freguesias, Instituições, Associações, Universidades, etc) são ações que poderão contribuir para uma resposta mais eficaz e mais adequada às necessidades das pessoas idosas sem implicar custos adicionais aos agentes envolvidos (Reis & Almeida, 2013).

Houve também a envolvimento da comunicação social, que esteve presente na Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do Idoso" fazendo uma reportagem que foi publicada posteriormente no Jornal "Ecos do Sor". Para além disso foram publicados dois artigos informativos no Jornal "Aponte" e no Jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor "Sor Saúde" que abordavam vários aspetos relacionados com o envelhecimento, transmitindo essencialmente informações sobre estilos de vida saudáveis, o que também denota o envolvimento da comunicação social no âmbito da intervenção comunitária realizada.

A publicação de artigos no Jornal "Aponte" e no Jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor "Sor Saúde" relaciona-se com o facto de que segundo PORTUGAL (2012) os órgãos de comunicação social desempenham um papel importante como influência de atitudes, crenças e comportamentos. As tecnologias de informação e comunicação são formas inovadoras pouco dispendiosas e de fácil repetição.

A mobilização da comunidade é uma das formas mais efetivas de capacitação, com destaque na saúde coletiva, através da promoção de saúde e redução de desigualdades (Milewa, 2000 adaptado por PORTUGAL, 2012).

Transpondo para o desenvolvimento do estágio, procurámos mobilizar a comunidade em cada atividade desenvolvida, através do incentivo à participação nas atividades subsequentes, destacando a promoção da saúde.

Segundo PORTUGAL (2012),

o reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de proatividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*) PORTUGAL (2012: 4).

A capacitação do cidadão assume-se como um valor do PNS 2012-2016, promovendo o potencial de cada pessoa, organizações e comunidades para promoverem a sua saúde e a dos outros. As estratégias de empoderamento do cidadão são importantes para melhorar a literacia, capacitar para o auto cuidado e diminuir a necessidade de acesso e reduzir a procura inadequada dos serviços de saúde (PORTUGAL, 2012).

As pessoas idosas constituem um grupo bastante heterogéneo, a sua capacidade de tomada de decisão individual assume um papel importante quando está em causa a aceitação de mudanças em relação ao estilo de vida, como ao nível dos hábitos alimentares. Torna-se necessário o seu envolvimento uma vez que a sua participação ativa é crucial (PORTUGAL, 2008c).

Uma vez que iniciativas de sensibilização e educação para a saúde, como sejam eventos, comemorações, dias específicos, ao nível institucional, local, municipal e nacional, são recursos e instrumentos para o reforço da cidadania em saúde (PORTUGAL, 2012), considera-se que a realização do “Atelier de Saúde”, atividade desenvolvida no estágio, inserida na comemoração de São Martinho desenvolvida pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, foi uma mais-valia para a população.

Para Escoval (2010), adaptado por PORTUGAL (2012) o aumento da esperança de vida favorece o desenvolvimento da doença crónica e de comorbilidades, bem como, da incapacidade e dependência. Segundo Quaresma (2006), adaptado por Vaccarezzi, Espírito-Santo & Baptista (2011), não se pode ignorar o facto de que as gerações mais velhas, ao viverem mais anos, estão sujeitas à ocorrência de situações incapacitantes relacionadas com o envelhecimento biológico e/ou associadas a problemas decorrentes de doenças crónicas.

O aparecimento de doenças crónicas como as cardiovasculares, pulmonares, diabetes e obesidade, está relacionado com hábitos e estilos de vida menos adequados (PORTUGAL, 2004).

A prevenção das doenças, retardando o seu aparecimento ou reduzindo a sua gravidade é uma componente essencial do envelhecimento saudável (PORTUGAL, 2008a).

Deste modo definiram-se estratégias de transmissão e disponibilização de informação relativamente à adoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças, difundida através de folhetos e artigos em meios de comunicação local, nomeadamente, no Jornal “Aponte” e Jornal digital “Sor Saúde”, complementares com as ações educativas interativas, estimulando a participação e capacitação dos envolvidos.

PORTUGAL (2004) defende que a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e a forma de as controlar, é essencial à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações. Realça que muitas doenças e acidentes não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, consequente perda de autonomia e independência que implicam.

A intervenção dos enfermeiros deverá sustentar-se em estratégias que promovam o *empowerment* das pessoas, facultando-lhes apoio informativo, emocional e instrumental que favoreçam a capacitação para a autonomia e autogestão de doenças, isto segundo evidência demonstrada por Cunha, Chibante & André (2014).

Reis & Almeida (2013), autores do artigo “A promoção da saúde em idosos com apoio social” analisado pela metodologia PICO defendem que os profissionais de saúde são agentes fundamentais no acompanhamento dos doentes crónicos, e no âmbito da promoção da saúde. A passagem de informação e o tipo de linguagem utilizada assumem particular importância junto de uma população com características específicas e um baixo grau de escolaridade.

Da população inquirida no Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, 37,9% nunca requentou a escola.

Segundo os Censos 2011 a taxa de analfabetismo situa-se nos 5,23% (INE, 2012).

Para fazer face ao analfabetismo e à iliteracia propusemos que fosse dada formação aos idosos que quisessem aprender o básico (por exemplo, saber ler e escrever o seu nome), em articulação com a Universidade Sénior de Ponte de Sor.

Sebastien (2011) refere que a educação tem um papel preponderante no estado de saúde, uma vez que níveis superiores de escolaridade dão às pessoas mais informação para fazerem escolhas saudáveis. A educação afeta ainda a literacia em saúde, que é “uma medida da capacidade dos clientes para ler, compreender e agir conforme as instruções médicas. É comum existir má literacia na saúde entre minorias étnicas, idosos e doentes com condições crónicas” (Sebastien, 2011: 756).

A participação em Universidades Seniores pode proporcionar aos idosos crescimento pessoal, desenvolvimento das suas capacidades cognitivas, físicas, sociais e psicológicas,

sentimentos de realização e valorização dos seus trabalhos e esforços, qualidade de vida e bem-estar (Marconcin, Real, Dias & Fonseca, 2010).

Idosos com hipertensão arterial, diabetes e obesidade têm maior probabilidade de apresentar depressão. Sentimentos de frustração face aos anseios de vida não realizados e a própria história da pessoa, diversas vezes marcada por perdas progressivas, como a perda do(a) companheiro(a), dos laços afetivos e da capacidade de trabalho, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predis põem o idoso ao desenvolvimento de depressão (Siegler, Poon, Madden & Welsh, 1999).

Segundo PORTUGAL (2008a) a depressão é uma das afeções mais frequentes das pessoas idosas com grande influência no seu bem-estar, acompanhada geralmente por tristeza e isolamento. Deste modo, e numa “perspetiva de promoção da saúde mental, a depressão pode ser evitada ou pode melhorar com as atividades de ar livre e de grupo que podem ser uma das formas principais de terapia para a depressão das pessoas idosas” (PORTUGAL, 2008a: 5).

De acordo com Oliveira, Gomes & Oliveira (2006) existe necessidade de criação de programas para idosos com o intuito de promover participações em movimentos sociais, aperfeiçoamento de conhecimentos, e envolvimento em atividades culturais, desportivas, e de lazer. Os mesmos programas devem ser compatíveis com o interesse e disponibilidade da população idosa, tendo em consideração as suas possibilidades e os seus limites pessoais, contribuindo assim para a diminuição da sintomatologia depressiva neste grupo etário.

Neste propósito, consideramos adequadas as estratégias delineadas pelo grupo de mestrandas para fazer face ao problema da depressão, nomeadamente ter proposto em reunião com o Presidente da União de Freguesias e o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor a colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer, a criação de espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre, e a deslocação de um funcionário da Câmara ao Centro Comunitário para promover a atividade física dos idosos.

O estudo realizado por Minghelli, Tomé, Nunes, Neves, & Simões (2013: 9) demonstra que “a prática de atividade física pode ser coadjuvante na prevenção e no tratamento da ansiedade e depressão no idoso”.

Remetendo para os resultados da análise pela metodologia PICO do artigo “Atividade física e estado de saúde mental de idosos” de Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves (2008), é imprescindível estabelecer ações norteadoras das políticas públicas de saúde para

promover e manter o envelhecimento ativo, saudável e com mais qualidade de vida. Sendo que existe uma relação significativa entre os níveis de atividade física e o estado de saúde mental, ou seja, a associação evidencia menor prevalência de indicadores de depressão e demência em idosos não sedentários. Reafirma-se a importância de se manter ativo, e que a atividade física influencia a resposta à depressão, ampliando o convívio social e a estimulação corporal.

A atividade física contribui para um envelhecimento saudável, sendo importante para melhorar e manter a qualidade de vida e a independência. A somar aos benefícios relacionados com a prevenção de doenças crônicas, a atividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, a coordenação, a força muscular, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental. A atividade física também favorece a diminuição do risco de incapacidade motora por quedas, sendo esta uma das principais causas de dependência das pessoas idosas (PORTUGAL, 2008b).

Socorrendo-nos novamente da evidência científica, que defende o incremento de políticas e programas sociais de envelhecimento ativo, com a intenção de prevenir e retardar as debilidades e doenças crônicas associadas a esse período da vida humana. Considera-se que a prática de qualquer atividade e não apenas a física, constitui um meio de manter e/ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida quotidiana, como procura de melhoria da qualidade de vida (Ferreira, Maciel, Silva & Moreira, 2012).

Segundo Spirduso (2005) as atividades desportivas e físicas permitem ao idoso uma melhor autoafirmação e segurança. Os jogos lúdicos, o desporto, as atividades físicas estimulam o pensamento e libertam o corpo, fazendo com que os gestos, os movimentos, sejam elementos expressivos para o desenvolvimento motor e a manutenção ou melhoria da capacidade funcional do indivíduo.

Das áreas da promoção da saúde, a alimentação e a atividade física assumem particular importância no controle de peso, o que reforça a prioridade e necessidade de avaliar o tipo de alimentação praticado e a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto dos idosos (Reis & Almeida, 2013).

Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida. Fazer uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças, como por exemplo, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, osteoporose e alguns tipos de cancro. Uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas

a manter a sua independência e aumentando a capacidade para cuidar das tarefas básicas diárias (PORTUGAL, 2008c).

Estes dados remetem para a pertinência das estratégias de promoção da saúde, desenvolvidas pelo grupo, não descurando a alimentação, sobre a qual foram transmitidas informações por exemplo, no artigo “Saber mais, viver melhor” publicado nos 2 jornais.

Os dados dos Censos de 2011 apontam um número significativo de idosos a residirem sós (cerca de 20% da população). No âmbito do diagnóstico de saúde elaborado pelo grupo de mestrandas foram identificados 25,5% de idosos a viver só.

O viver só não é significado imediato de isolamento, no entanto é necessário ter uma rede sólida de familiares, amigos e indivíduos preocupados dentro da comunidade, que forneçam apoio emocional e ajudem a ultrapassar os problemas do dia-a-dia (Sebastien, 2011).

Estes dados vão ao encontro do que referem CEDRU & BCG (2008), no seu estudo, em que o envelhecimento populacional apresenta algumas características relevantes, nomeadamente, progressiva solidão e isolamento.

A prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas são duas importantes premissas na promoção do envelhecimento saudável. O bem-estar, a qualidade de vida, e a manutenção das qualidades mentais estão diretamente ligados com a atividade social, o convívio, o sentir-se útil a familiares e/ou à comunidade. Deste modo, as pessoas idosas devem participar em atividades de grupo, de preferência intergeracionais, atividades de aprendizagem e de conhecimento de novos lugares (PORTUGAL, 2008a).

A atividade física ajuda ao aumento da possibilidade de interação social, diminuindo os sentimentos de solidão e exclusão social, e aumentando a autoestima e a autoconfiança (PORTUGAL, 2008b).

Conviver, é essencial para a prevenção de diferentes problemas das pessoas idosas e para a promoção do envelhecimento saudável. São de grande valia para as pessoas idosas todas as estratégias que sejam possíveis de desenvolver e que promovam o convívio e a sociabilidade, produzindo um efeito na sua saúde, qualidade de vida e bem-estar (PORTUGAL, 2008a).

Atendendo à importância desta problemática do isolamento social e solidão das pessoas idosas, foi elaborada uma Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012 aprovada em 5 de abril de 2012, em que se recomenda ao governo:

“- Artigo n.º4: Valorize o envelhecimento ativo, nomeadamente com o voluntariado sénior, potenciando o relacionamento intergeracional através da troca de experiências, da passagem de testemunho cultural e assegurando um combate efetivo ao isolamento da pessoa idosa e favorecendo a sua saúde física e mental;

- Artigo n.º 5: Generalize a utilização da tecnologia, com especial relevo para a telemática, garantindo a segurança, vigilância, monitorização eletrónica e alarme das pessoas idosas.” (Assembleia da República, 2012: 2360).

A GNR foi um importante parceiro na estratégia de intervenção dirigida às pessoas idosas colaborando na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”, transmitindo informações sobre medidas de prevenção de burlas no idoso, tendo por base o Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança.

De acordo com PORTUGAL (2008d) apesar do risco de cair em casa ser grande, muitos acidentes devido a queda podem ser prevenidos. Nos idosos a diminuição da massa muscular, a osteoporose, a diminuição da visão e da audição, bem como a falta de condições de segurança da casa e do jardim aumentam a probabilidade de cair. As quedas podem ser prevenidas através de pequenas alterações na casa e no estilo de vida, contudo, promover a segurança, é também, assegurar que as pessoas idosas se alimentam convenientemente e se mantêm fisicamente ativas.

Deste modo, foi nossa preocupação na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” abordar as quedas, nomeadamente os fatores de risco para a ocorrência destas, e recomendações para as evitar, tendo sido elaborado um folheto com os mesmos conteúdos que foi distribuído pelos presentes na sessão.

As quedas são um acontecimento da mais alta importância na vida do idoso, uma vez que podem representar incapacidade, perda da função, levar à síndrome de imobilidade, morte, além de trazer prejuízo físico e psicológico, com a diminuição da autonomia e independência, vindo a aumentar o custo social (Prata, Júnior, Paula & Ferreira, 2011).

Segundo a Sociedade Americana de Geriatria as quedas resultam da interação de vários fatores de riscos e situações, muitos dos quais podem ser corrigidos, sendo que quanto maior é o número de fatores reunidos num indivíduo maior é o seu risco de queda e, portanto, devem ser estes os alvos prioritários de medidas de vigilância e prevenção de quedas (American Geriatrics Society, 2001, adaptado por Pereira, Fernandes & Miguel, 2011).

De acordo com PORTUGAL (2012) no nosso país têm sido desenvolvidas tecnologias de informação e comunicação, como é exemplo a teleassistência. Daí a estratégia de colaboração com a Helpphone, empresa de teleassistência domiciliária, para que a comunidade tivesse conhecimento da existência de tal serviço, tendo acesso à demonstração dos respetivos equipamentos, os quais poderiam constituir-se como uma mais-valia principalmente para as pessoas idosas que vivem sozinhas.

A Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” englobou algumas das recomendações para a ação de PORTUGAL (2004), sobre promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores, informando as pessoas idosas acerca da deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas, bem como tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de telealarme; e ainda a prevenção de acidentes domésticos e de lazer.

A evidência científica revela que os profissionais de saúde para além da intervenção direta junto dos próprios idosos, também os familiares devem ser incluídos em sessões de sensibilização/informação sobre temas como a prevenção de acidentes domésticos (Reis & Almeida, 2013).

Manter a segurança é uma questão de tomar medidas de proteção, de algum bom senso, de muita prudência e precaução que, com convicção se vão fazer sentir na redução dos acidentes domésticos e de lazer com pessoas idosas.

Pareceu-nos adequada a utilização das Sessões de Educação para a Saúde na nossa intervenção comunitária, dado que a educação para a saúde “constitui-se como um instrumento, para alcançar os objetivos da promoção da saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da promoção da saúde” (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004: 465).

A Educação para a Saúde baseia-se num processo holístico, que pretende aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procurando desenvolver os processos internos que permitem à pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o estilo de vida e as crenças (Carvalho & Carvalho, 2006).

Consideramos que a Teoria de Organização Comunitária utilizada para a realização da intervenção comunitária foi adequada, dado que se pretendeu promover a capacitação dos idosos pela mudança de comportamentos através da utilização de estratégias que permitam identificar problemas e mobilizar recursos que permitam atingir objetivos definidos. Esta teoria retrata o *empowerment* como um termo fundamental, um processo que consegue capacitar a pessoa ou comunidades, para que consigam obter confiança e aptidões para melhorar a sua qualidade de vida, mudar o seu comportamento, estilos de vida ou ambiente, mediante a aprendizagem, ao indivíduo ou comunidade, de maneira a incentivar e expandir capacidades que possibilitem a tomada de decisão acerca da sua saúde.

As dificuldades sentidas durante o estágio foram essencialmente referentes à conciliação do estágio com o horário laboral, limitação temporal para desenvolver a intervenção comunitária, resistência à mudança e participação nas atividades por parte da Comunidade, e

por último, carência de recursos materiais que foram rentabilizados, recorrendo-se ao empréstimo de outros.

Qualquer profissão exige do indivíduo uma dádiva constante e um desenvolvimento sistemático para que este se sinta realizado. Neste contexto, procuramos um aperfeiçoamento constante no sentido de uma intervenção cada vez com mais qualidade, contribuindo assim para o desenvolvimento da nossa formação académica com o objetivo de aperfeiçoar o nosso cuidar, com uma prática baseada na evidência.

Esperamos que o nosso trabalho contribua para melhorar a qualidade de prestação de Cuidados de Enfermagem, com maior ênfase no âmbito da Enfermagem Comunitária.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade do nosso país, assim como a nível mundial. Segundo Gonçalves & Carrilho (2004), o envelhecimento demográfico é um fenómeno à escala mundial, sendo até considerado o fenómeno mais relevante do século XXI quer pelas suas implicações na esfera socioeconómica, quer nas modificações que se refletem a nível individual ou em novos estilos de vida.

Em geral, os idosos em Portugal acumulam baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica, e com condições habitacionais e de saúde desfavoráveis, sendo um dos grupos populacionais mais vulneráveis (INE, 2002).

O envelhecimento é um tema que tem suscitado interesse no meio político, social, económico e académico, e há um reconhecimento de que o seu processo pode ser mais ou menos complexo, com mais ou menos pesar para os que o experienciam na primeira pessoa, mas também para aqueles que de perto vivem este fenómeno. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro destas necessidades, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Vivemos numa época em que a comunidade toma consciência das suas responsabilidades em saúde e pretende assumir um papel de parceiro ativo reivindicando o seu direito aos progressos científicos e tecnológicos. Daqui resultam novos desafios de intervenção dos profissionais de saúde. Por conseguinte, é necessário que a sua formação profissional básica, especializada e contínua, privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados dos estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde.

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um

campo de intervenção. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência (OE, 2010a).

A Enfermagem Comunitária tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos da vida (OE, 2010b).

Como futuros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária devemos dirigir a nossa atenção para as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (OE, 2010b).

As estratégias selecionadas para a intervenção comunitária realizada no estágio basearam-se na Teoria de Organização Comunitária, uma vez que no decurso das atividades desenvolvidas, procurou-se capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga, fomentando o *empowerment*, para que através dos conhecimentos transmitidos tivessem a capacidade de conseguir participar de maneira esclarecida e consciente na tomada de decisões, relativamente à sua saúde e pudessem modificar os seus comportamentos em termos de saúde, adotando estilos de vida saudáveis, objetivando-se ganhos em saúde, ainda que a longo prazo.

Devendo a comunidade ser um contexto promotor de saúde/vida saudável, para além da intervenção nos estilos de vida através da educação para a saúde, houve também preocupação em mobilizar recursos pessoais e sociais disponíveis, envolvendo algumas Entidades do concelho em torno dos problemas, como é exemplo a Guarda Nacional Republicana e a Câmara Municipal de Ponte de Sor.

O envelhecimento, como fenómeno que é transversal a múltiplos responsáveis da comunidade, pensamos ter escolhido uma estratégia potenciadora do sucesso, querendo o seu desenvolvimento em parceria. Ao mesmo tempo, pelo estreitar de relações multiprofissionais, esperamos contribuir para o, fomento de parcerias e para o reconhecimento social da profissão de Enfermagem.

A metodologia utilizada foi a do planeamento em saúde, procedemos à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecemos as prioridades em saúde, formulámos objetivos e estratégias face à priorização das necessidades e problemas em saúde definidos, elaborámos um projeto de intervenção com vista à minimização dos problemas identificados e procedemos à avaliação das atividades desenvolvidas. Desta forma, atingimos

a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

O projeto de intervenção comunitária que implementámos, foi direcionado para a promoção da saúde, pelo estímulo à aquisição de conhecimentos que imprimam mudanças no estilo de vida, com foco no envelhecimento saudável, através da mobilização e integração de conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências sociais e humanas, utilizando a Teoria de Organização Comunitária como modelo conceptual do âmbito da promoção e educação para a saúde nas atividades realizadas, com vista à capacitação dos idosos. Também o facto de gerirmos a informação a disponibilizar nas sessões de educação para a saúde de acordo com as características dos idosos, nos permitem crer que atingimos a competência específica: G2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

O planeamento das atividades desenvolvidas foi efetuado de acordo com os resultados do Diagnóstico de Saúde, tendo em conta os objetivos estratégicos do PNS 2012-2016 e os programas nacionais de saúde, em especial o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas; Envelhecer com Sabedoria; Envelhecimento Saudável), e o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com Estilos de Vida. Deste modo, com a execução das atividades de âmbito comunitário fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde, atingimos mais uma competência específica, a G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde.

Sendo a vigilância epidemiológica um instrumento importante para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença, cooperámos na vigilância epidemiológica da população estudada pela nossa intervenção, ao identificarmos fatores de risco relacionados com os estilos de vida, atingindo assim a competência específica: G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico.

Para além das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a Ordem dos Enfermeiros define também quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal engloba as competências A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação, e A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Consideramos ter atingido estas competências, uma vez que, ao longo do estágio de intervenção comunitária procurámos sempre tomar decisões suportadas em princípios, valores e normas deontológicas. Nas atividades desenvolvidas procurámos promover a proteção dos direitos humanos, respeitando os valores, costumes, crenças e opiniões dos idosos e restante grupo.

Em relação ao domínio da melhoria da qualidade, atingimos a competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, visto que procurámos promover, no desenrolar da intervenção, um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos idosos, respeitando a sua identidade cultural, e, para além disso, procurámos também, definir os recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, ou seja, para que a nossa intervenção fosse segura.

No que concerne o domínio da gestão dos cuidados, a competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar foi atingida, visto que, otimizámos a intervenção comunitária ao nível da tomada de decisão, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional, envolvendo Entidades locais, a Comunidade, em especial os idosos, e a Professora da ESSP, facultando informação com base na evidência científica como suporte à tomada de decisão.

Também atingimos a competência C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, uma vez que no decurso das atividades procurámos organizar e coordenar a equipa de mestrandas; negociar os recursos adequados à realização de intervenção comunitária de qualidade; utilizar os recursos disponíveis de forma eficiente para promover a qualidade; reconhecer e compreender os diferentes papéis e funções de todos os membros da equipa de mestrandas, promovendo um ambiente positivo e favorável ao seu desempenho.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: a competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, foi atingida pois procurámos desenvolver o autoconhecimento com o intuito de facilitar a identificação de fatores que poderiam interferir no relacionamento com os idosos, parceiros, e/ou grupo de mestrandas; reconhecer os nossos recursos e limites pessoais e profissionais; consciencializarmo-nos da influência pessoal que pode ocorrer na relação profissional; gerir sentimentos e emoções com vista a uma resposta eficiente.

Ainda neste domínio, atingimos também a competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, visto que procurámos que a

nossa intervenção assentasse em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, atuando como facilitadores do processo de aprendizagem e como dinamizadores e gestores da incorporação do novo conhecimento no contexto da intervenção; demonstrando conhecimentos e aplicando-os na realização de intervenções especializadas, seguras e competentes; utilizando as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados à intervenção em causa.

Ao concluirmos este relatório pensamos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos inicialmente. Descrevemos e analisámos as atividades desenvolvidas durante o estágio, avaliámos a concretização das atividades, e refletimos sobre as experiências vivenciadas e atividades realizadas e o modo como elas contribuíram para a aquisição e o desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definido pela Ordem dos Enfermeiros.

O estágio, tendo decorrido em contexto comunitário, revelou-se muito enriquecedor, uma vez que promoveu o desenvolvimento de aprendizagens significativas no nosso desenvolvimento, não só profissional como pessoal.

O caminho percorrido foi desafiante, exigindo conhecimento, esforço e dedicação, que contribuíram para a satisfação aquando a conclusão deste projeto.

Enquanto futuros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, acreditamos ter dado um contributo à prática de cuidados ética e socialmente aceites, cientificamente válidos e sustentados, adequados às necessidades e problemas.

Acreditamos que as intervenções realizadas poderão contribuir para a vivência de um envelhecimento saudável e ativo com a adoção de estilos de vida saudáveis, melhorando a saúde individual e coletiva.

No entanto, devemos ter em conta que a intervenção na área da promoção da saúde, deve ser um trabalho contínuo e dinâmico para se conseguir ganhos em saúde, com resultados a longo prazo. Pelo que temos esperança que este trabalho desenvolvido se transforme num motor que impulse outras intervenções com uma maior abrangência e parceiros, traduzindo resultados mensuráveis, em ganhos em saúde.

Imperator & Giraldes (1993: 30) defendem que “terminada a avaliação, haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo contínuo e dinâmico”, pelo que a possibilidade de continuidade do trabalho efectuado, eventualmente por outros mestrandos nesta área, tornará a circularidade deste processo, uma realidade.

Com este projeto desafiamos o presente, mobilizando e desenvolvendo competências, mas particularmente o futuro, no qual devemos aumentar o conhecimento e habilidades em métodos e técnicas de pesquisa, de forma a poder usar a evidência no desempenho diário, de modo a gerar e melhorar o conhecimento que promove as boas práticas.

Investigar, compreender e divulgar conhecimentos sobre os idosos, é uma prática essencial para que seja possível proporcionar melhores condições à população nesta fase do processo de desenvolvimento individual.

Não será tarefa fácil, mas será certamente impossível se não se iniciar.

BIBLIOGRAFIA

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido em 26 de outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- Abreu, A. (2009). *Dar vida aos anos e anos à vida – a prática de exercício físico pela população com mais de 65 anos na cidade de Lisboa*. Dissertação de mestrado em Política Social. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa. Acedido em 18 de fevereiro de 2014 em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3029/1/tese%20de%20mestrado.pdf>
- American Geriatrics Society (2001). Guidelines for the prevention of falls in older persons. *Journal of American Geriatrics Society*. 49, 664-672.
- Assembleia da República (2013). Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro. In *Diário da República*, I Série, N.º 19, 552- (2). Acedido em 6 de fevereiro de 2014 em (<http://dre.pt/pdfgratis/2013/01/01901.pdf>)
- Assembleia da República (2012). Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012 de 4 de maio de 2012. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 87, 2360. Acedido em 6 de fevereiro de 2014 em <http://www.ienvelhecimento.ul.pt/noticias/noticias/152-resolucao-ar-envelhecimento-ativo>
- Assembleia da República (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro de 2009. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 184, 6761-6765. Acedido em 6 de fevereiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL248-2009_Carreira_Especial_Enfermagem.pdf

- Arco, A. (2012). Material de apoio distribuído na Unidade Curricular Promoção da Saúde, Curso de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Ano letivo 2012-2013.
- Arco, A.; Costa, A.; Pinto, B.; Martins, M. & Arriaga, M. (2010). Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos. Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Assis, M. (2004). Aspetos sociais do envelhecimento. In A.L. Saldanha., Caldas, C.P (Ed.), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (2ª edição – pp. 11-26). Rio de Janeiro: Interciência.
- Banza, M. (2012). *Projeto de intervenção em saúde comunitária. Envelhecimento Ativo-Amadurecer em Saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Saúde de Beja, Beja. Acedido em 23 de novembro de 2013 em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/3968>
- Bara, V. & Paschoalin, H. (2008). *Um olhar gerontológico sobre o cuidar*. II Jornada de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Juiz de Fora. Brasil.
- Basto, M. (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- Benedetti, T.; Borges, L.; Petroski, E. & Gonçalves, L. (2008, fevereiro). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*. 42 (2), 302-307. Acedido em 18 de dezembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6482.pdf>
- Berger, M. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global. (Processo de Enfermagem por necessidades)*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bonita, R.; Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2ª edição). São Paulo: Livraria Santos Editora.

- Buchman, A.; Boyle P.; Leurgans, S.; Barnes, L. & Bennett, D. (2011). Cognitive Function is Associated with the Development of Mobility Impairments in Community-Dwelling Elders. *Am J Geriatr Psychiatry*. 19 (6), 571-80.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>
- Campbell, C. (2001). Social capital and health: contextualising health promotion within local community networks. In Baron, S.; Field, J. & Schuller, T., *Social Capital: Critical Perspectives*. (182-196). Oxford: Oxford University Press.
- Cancela, D. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia. Universidade Lusíada do Porto, Porto. Acedido em 18 de fevereiro de 2014 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, S. (2004, julho-agosto). Os múltiplos sentidos da categoria *empowerment* no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 4 (20), 1088-1095.
- Carvalho, M. (1996). *A enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência.
- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento ativo/envelhecimento saudável – opinião dos idosos de Viana do Castelo*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima. Acedido em 21 de maio de 2013 em https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1498/4/Mono_AnaCastilho.pdf

- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa [CEPCEP] (2012). *Relatório final O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 18 de fevereiro de 2014 em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano [CEDRU] em colaboração com Boston Consulting Group [BCG] (2008). *Relatório final - Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*. Fundação Aga Khan. Acedido 15 de junho de 2013 em <http://www.animar-dl.pt/index/documentacao/documentos/coesao/estudo>
- Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. (1978). Declaração de Alma Ata: Saúde para todos no ano 2000. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Acedido em 26 de outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010). *Áreas prioritárias para a investigação em enfermagem e relatório bienal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cunha, M.; Chibante, R. & André, S. (2014, abril). Suporte social, *empowerment* e doença crónica. *Revista Portuguesa de Saúde Mental* (especial 1), 21-26. Acedido em 18 de dezembro de 2014 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a04.pdf>
- Czeresnia, D. (2003). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Dias, S. (2010). *Intervenção comunitária em enfermagem num bairro do concelho do Seixal*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Acedido em 3 de março de 2014 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7510>
- Dias, M.; Duque, A.; Silva, M.; & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 463-473.

- Espadaneira, R. (2008). *Diferentes formas de envelhecer*. Acedido em 19 de agosto de 2009 em <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>
- Farinatti, P. & Ferreira, M. (2006). *Saúde, promoção da saúde e Educação Física: conceitos, princípios e aplicações*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012, janeiro-março). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Interscienceplace*, 7 (1), 106-132. Acedido em 2 de fevereiro de 2014 em <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>
- Ferreira, O.; Maciel, S.; Costa, S.; Silva, A. & Moreira, M. (2012, julho-setembro). Envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enfermagem*. 3 (21), 513-518. Acedido em 28 de dezembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>
- Fonteles, J.; Santos, Z. & Silva, M. (2009, julho-setembro). Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde. *Revista Rene*. 3 (10), 53-60.
- Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidáctica.
- Garcia, A.; Passos, A.; Campo, A.; Pinheiro, E.; Barroso, F.; Coutinho, G.; Mesquita, L.; Alves, M. & Shollfranco, A. (2006, março). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*. (07), 111-121. Acedido em 3 de fevereiro de 2014 em <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v07/m14569.pdf>
- Gil, A. (1989). *Como elaborar projetos de pesquisa* (2ª edição). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (editores), *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Atividade Física, Nutrição e Tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

- Gonçalves, C. & Carrilho, M. (2004). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, Instituto Nacional de Estatística. 40 (2), 21-37.
- Heidmann, I.; Almeida, M.; Eggert, A.; Wosny, A.; Monticelli, M. (2006, abril-junho). Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enfermagem*. 15 (2), 352-358.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. *XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002, novembro). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos demográficos*. (32), 185-208. Lisboa: INE, I.P.
- Lalonde, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians: A working document. Canada: Minister of Supply and Services.
- Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde – Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidata.
- Leal, I. (2006). *Perspetivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. (4ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lopes, A. & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Faculdade do Porto*. 13-31.
- Loureiro, I. (2013). Da utilização da investigação em saúde à criação de políticas e práticas de empowerment dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31 (1), 1-2.

- Marconcin, P.; Real, N.; Dias, C. & Fonseca, A. (2010, fevereiro-julho). A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjetivo e a prática da atividade física em idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. 2 (3), 17-26.
- Mendes, S. (2008). *Avaliação do risco de dependência funcional em pessoas idosas*. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Minghelli, B.; Tomé, B.; Nunes, C.; Neves, A. & Simões, C. (2013, fevereiro). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 40 (2), 71-76. Acedido em 18 de dezembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v40n2/v40n2a04.pdf>
- Ministério da Saúde (2012). Orientação n.º 017/2012: Recomendações gerais para a população em períodos de frio intenso. In *Direção Geral da Saúde*. Acedido em 13 de novembro de 2013 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172012-de-25102012.aspx>
- Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança (2004, dezembro). Envelhecer. *Pretextos*. Número 17. ISSN 0874-9698.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Motta, L. (2004). Processo de envelhecimento. In: A.L. Saldanha e C.P. Caldas (Ed.), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. (2a edição – pp. 115-124). Rio de Janeiro: Interciência.
- Moura, C. (2006). *Século XXI, Século o Envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- National Institutes of Health (2005). Teory at a Galnce, A Guide for Health Promocion Prattice – US Department of health and human services. In *Nacional Cancer Institute at the Nacional Institutes of Health*. Acedido a 28 de setembro de 2011 em <http://cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>

- Netto, M. (1996). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M. & Borgonovi, N. (1996). Biologia e Teorias do Envelhecimento. In *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 44-59). São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M. & Ponte, M. (1996). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Núcleo Executivo da Rede Social de Ponte de Sor (2003). Pré-Diagnóstico Social do Concelho de Ponte de Sor. Acedido em 20 de setembro de 2013 em <http://www.cmpontedesor.pt/sub-menu-6/sub-menu6-4>
- Nutbeam, D. & Haris, E. (2005). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. 2 nd ed. [S.I.]: McGraw-Hill Austrália.
- Oliveira, D.; Gomes, L. & Oliveira, R. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*. 40 (4), 734-6. Acedido em 22 de outubro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/26.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em 12 de março de 2013, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 12 de março de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 22 de fevereiro de 2013 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica aprovadoAG 20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010c). Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal. Lisboa: Comissão de Formação, Conselho de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Acedido em 26 de junho de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2003, outubro). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros - Divulgar*. 1-24.

Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido a 26 de junho de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Acedido em 18 de maio de 2013 em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Ouschan, R.; Sweeney, J.; Jonhson, L. (2000). Dimensions of patient *Empowerment*: Implications for Professional services Marketing. *Health Marketing Quarterly*.

Páscoa, P. (2008). *A importância do Envelhecimento Ativo na Saúde do Idoso*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde, Porto. Acedido em 8 de maio de 2013 em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>

- Pereira, R.; Cardoso, M. & Martins, M. (2012, julho). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 7 (III série), 55-62.
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M. & Fernandes, O. (2011, março). *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*. 267, 8-15.
- Pereira, F.; Fernandes, A. & Miguel, T. (2011, janeiro-junho). Factores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. 4 (1), 32-42.
- Pinheiro, C. & Miranda, M. (2010, julho). *Empowerment e idosos: uma reflexão sobre programas de educação física*. *Terceira Idade*. 48 (21), 7-19.
- Pinto, A. (2010). *As potencialidades do agente comunitário de saúde na efetivação da promoção da saúde: uma análise das suas ações no município de Marília*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Acedido em 27 de outubro de 2013 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20052010-120220/pt-br.php>
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem*. (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido em 1 de junho 2013 em www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpvnv5/vq1515
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional para a Saúde Mental. *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. 2013-2017*. Acedido em 2 de maio de 2013 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012/2016*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 15 de maio de 2013 em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008a). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008b). *Envelhecer com sabedoria - Atividade física para manter a independência*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008c). *Envelhecer com sabedoria – Alimentar-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008d). *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Prata, H.; Júnior, E.; Paula, F. & Ferreira, S. (2011, julho-setembro). Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prevenção-Quedas. *Fisioterapia Movimento*. 24 (3), 437-43. Acedido em 20 de fevereiro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/08.pdf>

Rede Social de Ponte de Sor (2008). Diagnóstico Social do Município de Ponte de Sor. Acedido em 20 de setembro de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt/sub-menu-6/sub-menu6-4>

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9ª edição). Loures: Lusociência.

- Reis, M. & Almeida, A. (2013, outubro). A promoção da saúde em idosos com apoio social. *AGIR - Revista Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas*. 4 (1), 187-221. Acedido em 28 de dezembro de 2014 em http://www.academia.edu/10182314/A_promo%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAdade_em_idosos_com_apoio_social
- Ribeiro, J. (1994). Psicologia da Saúde e a revolução da Saúde. In McIntyre, T. *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção Perspectivas Futuras*. Braga.
- Rothman J. (2001). Approaches to Community Intervention. In Rothman J, Erlich JL, Tropman JE (eds.), *Strategies of Community Intervention*. Itasca, Ill.: Peacock Publishers.
- Sackett, D.; Straus, S.; Richardson, W.; Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Santos, C.; Pimenta, C. & Nobre, M. (2007, maio-junho). A estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa busca de evidências. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 5 (3). Acedido em 8 de janeiro de 2013 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
- Santos, S. (2000, julho). Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2 (21), 70-86.
- Sebastien, B. (2011). Vulnerabilidade e populações vulneráveis: perspectiva geral. In: Stanhope & Lancaster. *Enfermagem de saúde pública*. Loures: Lusodidacta.
- Siegler, I.; Poon, W.; Madden, D. & Welsh, K. (1999). Aspectos psicológicos do envelhecimento normal. In: Busse E, Blazer D. *Psiquiatria geriátrica*. 119-39. Porto Alegre: Artmed.
- Skeet, M. (1991, abril). O papel dos enfermeiros no ano 2000 e para além. *Servir*, 39 (4), 167-169.

- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões físicas do Envelhecimento*. Barueri, SP: Manole.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde.
- Teixeira, M. (2002). *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à Promoção da Saúde*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Unidade Local Saúde Norte Alentejano [ULSNA], acedido em 25 de maio de 2013 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Paginas/default.aspx>
- Vaccarezzi, E.; Espírito-Santo, A. & Baptista, R. (2011). In Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de vida. *Envelhecimento Ativo uma forma de ser e de estar*. (pp.134-139). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Zamarim, M.; Matsuo, R.; Velardi, M. & Miranda, M. (2008, julho). Educação física para idosos: a promoção da saúde como suporte para a prática educativa. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, Campinas, 6, 344-354.
- Zimmerman, I. (2000). *Velhice, aspetos biopsicossociais*. São Paulo: Artemed.

APÊNDICES

Apêndice I – Análise de artigos pela metodologia PICO

	Problema	Intervenção	Comparação	‘Outcomes’
<p>Artigo 1:</p> <p>“Suporte social, <i>empowerment</i> e doença crónica”</p> <p>Cunha, M.; Chibante, R. & André, S. (2014, abril). Suporte social, <i>empowerment</i> e doença crónica. <i>Revista Portuguesa de Saúde Mental</i> (especial 1) 21-26. Acedido em 18 de dezembro de 2014 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a04.pdf</p>	<p>Suporte social, <i>empowerment</i> e doença crónica</p>	<p>Instrumento de colheita de dados a 150 pessoas com diabetes (- questionário sociodemográfico e clínico; - Escala de <i>Empowerment</i>; - Escala de avaliação de apoio social de Matos e Ferreira)</p>	<p>Método Quantitativo</p>	<p>Existe uma associação positiva entre o apoio social e o <i>empowerment</i>, inferindo-se que os utentes com melhor apoio social, possuem melhor <i>empowerment</i>.</p> <p>As relações sociais que a pessoa mantém podem facilitar ou promover comportamentos promotores e/ou protetores de saúde.</p> <p>O apoio social pode ser um valioso recurso, capaz de promover uma melhor adaptação da pessoa às exigências impostas pela diabetes, constituindo, assim, uma ferramenta importante para o incremento do <i>empowerment</i> das pessoas com diabetes.</p> <p>A intervenção dos enfermeiros deverá sustentar-se em estratégias que promovam o <i>empowerment</i></p>

				<p>das pessoas, facultando-lhes apoio informativo, emocional e instrumental que favoreçam a capacitação para a autonomia e autogestão da diabetes.</p> <p>Dever-se-á incentivar à mudança de comportamentos de ajuda especializada por parte dos profissionais de saúde, focando o seu empenho nas boas práticas de cuidados de saúde humanizados, ricos em calor humano, técnica e cientificamente corretos com especial enfoque para considerar os determinantes sociais facilitadores do empoderamento/capacitação dos doentes.</p>
--	--	--	--	--

Quadro 9 – Análise pela metodologia PICO do artigo 1: “Suporte social, *empowerment* e doença crónica”.

	Problema	Intervenção	Comparação	‘Outcomes’
<p>Artigo 2:</p> <p>“Atividade física e estado de saúde mental de idosos”</p> <p>Benedetti, T.; Borges, L.; Petroski, E. & Gonçalves, L. (2008, fevereiro). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. <i>Revista Saúde Pública</i>. 42 (2) 302-307. Acedido em 18 de dezembro de 2014 em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6482.pdf</p>	Atividade física e estado de saúde mental de idosos	Inquérito de base populacional com amostragem probabilística a 875 idosos	Método Quantitativo	<p>A perda de interesse e/ou motivação para aderir a atividades físicas, culturais e sociais, principalmente pelas pessoas que sofrem de depressão, acarreta uma diminuição nas suas atividades diárias, tornando-as mais sedentárias no lar e na sociedade.</p> <p>19,7% dos idosos apresentaram indicadores de depressão.</p> <p>A depressão é um problema de saúde pública e requer atenção para evitar um sofrimento desnecessário aos idosos que não recebem tratamento, diminuindo as dificuldades para os familiares do utente e, consequentemente, os custos económicos à sociedade.</p> <p>É imprescindível estabelecer ações norteadoras das políticas públicas de saúde para</p>

				<p>promover e manter o envelhecimento ativo, saudável e com mais qualidade de vida.</p> <p>Existe uma relação significativa entre os níveis de atividade física e o estado de saúde mental, ou seja, a associação evidencia menor prevalência de indicadores de depressão e demência em idosos não sedentários.</p> <p>Reafirma-se a importância de se manter ativo, e que a atividade física influencia a resposta à depressão, ampliando o convívio social e a estimulação corporal.</p> <p>Infere-se que a atividade física tem conseguido reduzir e/ou atrasar os riscos de demência, embora não se possa afirmar que a atividade física evita a demência.</p>
--	--	--	--	--

Quadro 10 – Análise pela metodologia PICO do artigo 2: “Atividade física e estado de saúde mental de idosos”.

	Problema	Intervenção	Comparação	‘Outcomes’
<p>Artigo 3:</p> <p>“Envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional”</p> <p>Ferreira, O.; Maciel, S.; Costa, S.; Silva, A. & Moreira, M. (2012, julho-setembro). Envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional. <i>Texto & Contexto Enfermagem</i>. 3 (21) 513-518. Acedido em 28 de dezembro de 2014 em http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf</p>	<p>Envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional</p>	<p>Questionário a 100 idosos sobre dados sociodemográficos e Medida de Independência Funcional</p>	<p>Método Quantitativo</p>	<p>Apesar de existirem perdas durante o processo do envelhecimento, o envelhecer de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois ele é sinónimo de vida plena e com qualidade.</p> <p>Envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do ser que está inserido num contexto social, e refere-se ao idoso que é capaz de desenvolver as suas potencialidades. Daí a importância do apoio da política, da família, da sociedade, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, todos juntos na luta contra a discriminação e o preconceito que gira em torno do envelhecimento.</p> <p>É necessário o incremento de políticas e programas sociais</p>

				<p>de envelhecimento ativo, com a intenção de prevenir e retardar as debilidades e doenças crónicas associadas a esse período da vida humana.</p> <p>Considera-se que a prática de qualquer atividade e não apenas a física, constitui um meio de manter e/ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida quotidiana, como procura de melhoria da qualidade de vida.</p> <p>A prática das atividades físicas é considerada na atualidade como uma das maiores conquistas da saúde pública, entendendo-se a saúde pública como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e</p>
--	--	--	--	---

			<p>desenvolver a boa disposição física e mental dos seres humanos.</p> <p>Manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida, sendo assim necessário o planeamento de programas específicos de intervenção, visando a eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional.</p> <p>Devem também ser elaboradas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que interfiram diretamente na manutenção da capacidade funcional destes idosos. Deve-se levar em conta que esta capacidade funcional depende também de fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida.</p>
--	--	--	---

				Os profissionais de saúde devem estar atentos não só às alterações físicas e fisiológicas, advindas do processo de envelhecimento, mas também às alterações na dinâmica sociofamiliar, as quais são determinantes na capacidade funcional e, consequentemente, no envelhecimento saudável.
--	--	--	--	--

Quadro 11 – Análise pela metodologia PICO do artigo 3: “Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional”.

	Problema	Intervenção	Comparação	‘Outcomes’
<p>Artigo 4:</p> <p>“A promoção da saúde em idosos com apoio social”</p> <p>Reis, M. & Almeida, A. (2013, outubro). A promoção da saúde em idosos com apoio social. <i>AGIR - Revista Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas</i>. 4 (1) 187-221. Acedido em 28 de dezembro de 2014 em http://www.academia.edu/10182314/A_promo%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAde_em_idosos_com_a_poi_o_social</p>	A promoção da saúde em idosos com apoio social	Questionário a 50 idosos sobre dados sociodemográficos, Índice de Barthel e questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa	Método Quantitativo	<p>Apesar de todos os idosos participantes terem doença(s) crónica(s) e a maioria 76 ou mais anos, verifica-se que tal não determina necessariamente uma limitação para a realização de atividades básicas de vida diária, o que poderá estar relacionado com o desenvolvimento de um comportamento mais ativo na proteção da saúde (tais como a prática regular de exercício físico e a ausência de hábitos tabágicos) e um maior controle sobre a(s) doença(s) crónica(s), através da vigilância de saúde regular.</p> <p>Os profissionais de saúde são agentes fundamentais no acompanhamento dos doentes crónicos e no âmbito da promoção da saúde. A passagem de informação e o tipo de linguagem utilizada assumem particular</p>

			<p>importância junto de uma população com características específicas e um baixo grau de escolaridade.</p> <p>Das áreas da promoção da saúde, a alimentação e a atividade física assumem particular importância no controle de peso, o que reforça a prioridade e necessidade de avaliar o tipo de alimentação praticado e a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto dos idosos.</p> <p>O desenvolvimento de atividades físicas menos sedentárias não só contribuirá para o controlo de peso, como para a ocupação dos idosos, o que constitui também uma forma para evitar sentimentos de inutilidade.</p> <p>Para além da intervenção direta junto dos próprios idosos devem também ser incluídos os familiares através de atendimentos personalizados e sessões de sensibilização/informação</p>
--	--	--	---

				<p>sobre alguns temas, como por exemplo, a prevenção de acidentes domésticos.</p> <p>A promoção de estratégias locais, tal como parcerias entre diferentes serviços integrados na comunidade (Centros de Saúde, Juntas de Freguesias, Instituições, Associações, Universidades, etc) são ações que poderão contribuir para uma resposta mais eficaz e mais adequada às necessidades das pessoas idosas sem implicar custos adicionais aos agentes envolvidos.</p>
--	--	--	--	---

Quadro 12 – Análise pela metodologia PICO do artigo 4: “A promoção da saúde em idosos com apoio social”.

Apêndice II – **Projeto de Estágio de grupo**



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélia Lourenço
Susana Simões

outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélia Lourenço
Susana Simões

outubro
2013

“ (...) o projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia; é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato”

(Machado, 2000:6)

Abreviaturas e símbolos

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dr. – Doutor

ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre

etc. – *et cetera*

f. – folha

GNR – Guarda Nacional Republicana

ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC – Índice de Massa Corporal

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

km – quilómetro

km² – quilómetro quadrado

nº – número

NIS – Núcleo Idosos em Segurança

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.e. – por exemplo

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

S. Mamede – São Mamede

S. Martinho – São Martinho

% – por cento

Índice geral

	f.
INTRODUÇÃO.....	8
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	11
1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	11
1.1.1- Freguesia de Tramaga.....	17
2- PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	20
2.1-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	21
2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.....	22
2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	23
2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	25
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	25
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	26
2.6- AVALIAÇÃO.....	26
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28
APÊNDICES.....	30
Apêndice I - Plano de Atividades.....	31
Apêndice II – Cronograma de Atividades 2013/2014 - Planeamento em Saúde.....	53
Apêndice III – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.....	55

Índice Figuras

	f.
Figura 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	11
Figura 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.....	16

Índice de Quadros

	f.
Quadro 1 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.....	17
Quadro 2 - Problemas diagnosticados e priorizados	24
Quadro 3 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.....	32
Quadro 4 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.....	35
Quadro 5 - Intervenção Comunitária – “Atelier de Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”.....	38
Quadro 6 - Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”	41
Quadro 7 - Intervenção Comunitária - “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”.....	45
Quadro 8 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”.....	49
Quadro 9 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.....	51
Quadro 10 - Cronograma de Atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.....	54
Quadro 11 - Cronograma de Atividades 2013/2014 - Intervenções a implementar.....	56

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio enquadra-se no âmbito do 1º semestre do 2º ano do 3º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária e emerge na sequência da realização de um Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, tendo decorrido entre maio e setembro de 2013. Este diagnóstico teve como objetivo geral: identificar as necessidades de saúde da população em estudo, e como objetivos específicos: caracterizar as condições sociofamiliares e económicas desta população, avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e risco associado à idade, e também avaliar sintomas depressivos.

Findo o Diagnóstico de Saúde, pretendeu-se definir perfis críticos desta população no sentido de levantar problemas e necessidades, e deste modo perspetivar intervenções na comunidade, considerando as diferentes etapas do planeamento em saúde, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Sustenta-se deste modo a evidência da génese deste projeto no sentido de ser criado um instrumento orientador devidamente pensado, estudado e planeado em termos de intervenções na comunidade visada e deste modo permitir efetivar com sucesso o desenvolvimento do inerente estágio. Tem assim como objetivos perspetivar e planejar intervenções na comunidade direcionadas para os principais problemas e necessidades identificadas.

O Estágio de intervenção na comunidade decorrerá no período de 16 de setembro 2013 a 31 de janeiro de 2014 e pretende-se com este a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possui um contíguo de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Procura encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional, e ao nível do suporte à decisão

Projeto de Estágio

dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência, estabelecer articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Sendo a Enfermagem Comunitária uma prática globalizante centrada na comunidade a sua adequação ao idoso na sua realidade torna-se fundamental. Linhares & Cunha (1999) assim como Páscoa (2008) sustentam a importância e premência da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento não é um enigma ou uma dificuldade, trata-se naturalmente de uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

De acordo com Silva & Serrão (2009) baseado em Rocha et al. (2002) e Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes & Martin (2006), há que criar estratégias de intervenção para que se altere a imagem do idoso ser alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inativo e que está à margem da sociedade. Cada vez mais encontramos um número crescente de idosos, saudáveis, participativos, cheios de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar ativos. A sociedade tem de suprimir os preconceitos, é necessário mudar mentalidades, encontrar uma imagem alternativa e próxima da realidade e é impreterível perceber a necessidade dessas mudanças face ao idoso.

Tal como alude PORTUGAL (2004b) o envelhecimento implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PORTUGAL, 2004a) possui como objetivos: promover um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; aumentar a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Projeto de Estágio

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso o que segundo Páscoa (2008) vai ao encontro do intento da OMS o de “Dar Qualidade de Vida aos Anos”.

O enfermeiro possui um largo espaço de atuação nos grupos de idosos, com autonomia, sistematizando através de experiências e criatividade, ações que permitem assistir, ajudar, orientar e capacitar o idoso no que se refere à sua capacidade de gerir a sua própria independência e saúde.

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre. Situa-se na margem direita do rio Sor e encontra-se implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é limitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Ponte de Sor dista de Portalegre (capital de distrito) 62,1 km, sendo o Itinerário Complementar 13 a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido.

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo constituído por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Aço e Tramaga (figura 1).

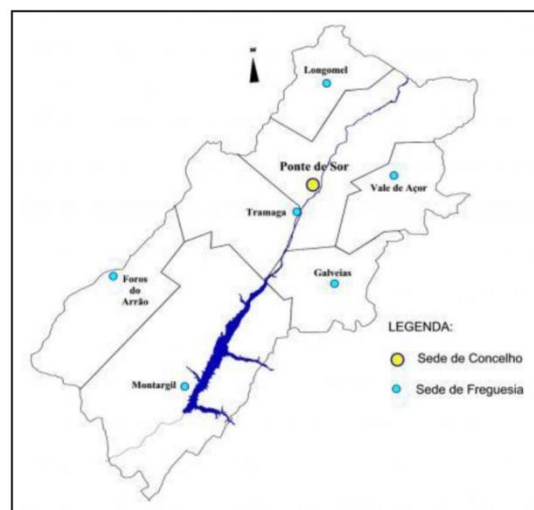


Figura 1 – Mapa do concelho de Ponte de Sor.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

Projeto de Estágio

A autarquia de Ponte de Sor revela preocupação relativamente às condições de vida dos seus munícipes, em particular, da população idosa e com escassos recursos financeiros. Considera que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade para desenvolver não só novas atividades, mas também recuperar antigos interesses que durante a vida adulta não lhes foi permitido desenvolver. Neste sentido, desde 16 de abril de 2007, foi fundada a Universidade Sénior, estando esta aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social nasceu da vontade de intervir na comunidade pontessorense, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante.

A missão desta Associação passa por desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

A Associação Caminhar desenvolve inúmeras atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, ‘Ateliês à medida’ para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês, alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

Um projeto que merece especial destaque é o “Solidão Acompanhada”. O principal objetivo deste projeto passa por minimizar a solidão em que muitos dos seniores e pessoas com doenças incapacitantes vivem. A Caminhar está a desenvolver o projeto “Solidão Acompanhada”, que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente fazem visitas regulares a pessoas que estejam numa destas situações.

No âmbito do projeto, que visa sobretudo fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser realizadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta é sem dúvida uma Associação que com o decorrer dos anos, se afirmou em Ponte de Sor, e tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos seniores, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

Apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, é reconhecido que existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Projeto de Estágio

Para ajudar a ultrapassar estas dificuldades, o município de Ponte de Sor promove junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Almoço de Idosos do Concelho; Projeto ‘Porta a Porta’, Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Almoço de Idosos do concelho é uma atividade já antiga. Trata-se de uma iniciativa que já tem data marcada no calendário durante o mês de maio.

O Serviço ‘Porta a Porta’ visa prestar apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O município reconhece que, para além dos problemas de saúde, a população idosa defronta-se com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária, que começam dentro da própria habitação: uma torneira que pinga, uma lâmpada fundida, uma porta que funciona mal, e tantas outras situações análogas, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço ‘Porta a Porta’, que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa ‘Progride’-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas casas, são por vezes uma tarefa que muitos não conseguem ou não podem executar. O idoso dever-se-á inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços tão diversos como a substituição de lâmpadas, a reparação de portas e janelas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que o utente pagará somente os custos dos materiais.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e visa fazer a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, sobretudo com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordadas temáticas como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto *cIDADES*, projeto criado em torno do conceito ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’, concebido pela OMS que visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto *cIDADES*, é promovido pela

Projeto de Estágio

Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas' pretende identificar práticas e serviços em Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que consiste na elaboração de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, rede de transportes, modos de comunicação, emprego e conhecimento.

O PIMPA deteta problemas, propõe soluções, constitui ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa primeira fase será dada especial atenção à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

Relativamente à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde Ponte de Sor, que possui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do Centro de Saúde. O Hospital de referência é o Hospital Dr. José Maria Grande localizado em Portalegre a cerca de 60 km.

São inúmeras as instituições de apoio social disponíveis no Concelho de Ponte de Sor. Atualmente estão ao dispor da população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Relativamente a lares de idosos, podemos contar com várias Instituições em todo o concelho de Ponte de Sor.

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor já exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do

Projeto de Estágio

Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar a Magnólia, de carácter privado.

Está também previsto para o presente ano a inauguração de um novo Lar de idosos em Ponte de Sor, com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa primeira fase, o serviço de apoio domiciliário ficará em *standby* uma vez que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

Na Freguesia de Galveias podemos contar com lar de idosos e centro de acamados.

Na Freguesia de Foros de Arrão está também localizado um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras entidades da Cidade, nomeadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

São quatro as linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária, nomeadamente:

- Promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- Fortalecimentos de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, nomeadamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- Coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;
- Fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, no intuito de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

Projeto de Estágio

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os interventores, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura 2).

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).



Figura 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.

Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança* - GNR.

1.1.1- Freguesia de Tramaga

A freguesia de Tramaga dista da sede de concelho cerca de 3 km e apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão. Atualmente a freguesia conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, portanto uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor. O quadro 1 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24 anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Quadro 1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A aldeia de Tramaga foi elevada a Freguesia em 1993, e desde essa altura assistiu-se a várias alterações. Foram construídos edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e foram melhorados arruamentos e saneamento básico. No decorrer destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, tais como o ‘Carnaval de Tramaga’ e as ‘Marchas Populares de Tramaga’. Atualmente, estas atividades estão suspensas dada a conjuntura económica do país, no entanto serão retomadas assim que for possível.

Esta é uma Freguesia que se preocupa com os mais idosos, o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária. Semanalmente, um funcionário da Junta

Projeto de Estágio

de Freguesia acompanha os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.

Uma outra atividade apoiada pela Junta de Freguesia de Tramaga é o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.

Anualmente, é realizado o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical. Este é um almoço que ocorre há muitos anos e que é do agrado dos idosos da Freguesia.

Uma vez que existem alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.

Existem várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades. Existe um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados. Posteriormente, fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

A pintura, também está inserida na lista de atividades efetuadas nesta freguesia. Todas as pessoas podem frequentar os vários cursos que vão sendo efetuados ao longo do ano.

Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, tendo entrado em funcionamento a 1 de maio do mesmo ano. Atualmente, conta com dezasseis funcionários. As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Atualmente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. Em regime de centro de dia estão inscritos 37 idosos. É fornecido apoio domiciliário a 49 pessoas, a maioria idosos.

Relativamente ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço solicitado tem uma percentagem.

Projeto de Estágio

A valência de lar do idoso está prevista, no entanto ainda não há data para a sua concretização.

Numa freguesia com uma população de 1542 habitantes, em que 350 são idosos, é notória a preocupação em criar um suporte social aos idosos.

2- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, exigindo assim uma “reformulação” na estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa. Este envelhecimento tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade Portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes, relacionados com a saúde.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países, dos governos, das famílias e da sociedade em geral. Atualmente, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais visível, apesar de nas organizações de saúde ainda sobressair a aleatoriedade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Desta forma, as organizações de saúde veem-se confrontados com desafios e exigências no sentido de reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, consequentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

Perante este panorama podemos dizer que a “chave” para encontrar a resposta adequada a determinada situação passa por planear.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperator & Giraldes 1993).

Assim sendo, e nesta linha de pensamento urge várias questões “Porque razão se planeia a saúde? Será possível pensar na ideia de planear em saúde? Fará sentido um planeamento em Saúde?

São múltiplas as respostas às questões colocadas e, a título meramente ilustrativo, definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de

Projeto de Estágio

utilizá-los eficaz e eficientemente uma vez que cada vez são mais escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano *à priori* definido, permitirá o seu uso. Pela competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de plano; ou os progressos relativos à saúde que dizem respeito à estrutura da população, pressões e aspirações sociais; e, por fim, os avanços tecnológicos que exigem uma adaptação contínua dos seus profissionais.

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

É de referir que “a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

A fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”.

Neste âmbito, e considerando a abrangência do Diagnóstico de Saúde efetuado apresentamos de forma sucinta respetivo perfil crítico.

2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga

De acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Saúde efetuado constata-se que a população idosa da freguesia de Tramaga é maioritariamente do sexo feminino, com média de 76 anos de idade e revela elevada taxa de iliteracia, são os grupos etários mais baixos onde se encontram níveis de escolaridade mais elevados.

Na sua maioria os idosos têm estado civil casado e coabitam com o cônjuge, no entanto é possível encontrar alguns agregados familiares alargados a filhos e outros. Existem mais mulheres solteiras e viúvas, registando assim o maior número da vulnerabilidade em viver sozinho, contrariamente aos homens que vivem com mais pessoas, e é a estes que o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas está mais associado.

A maioria dos idosos revela que os rendimentos que auferem cobrem com dificuldade as suas necessidades.

Esta população mantém relações sociais com a comunidade local, família e amigos, mas o apoio mais frequente vem dos familiares.

O apoio institucional e a procura dos serviços sociais tem pouca expressão, possivelmente justificado pela independência da maioria dos idosos em relação à sua capacidade funcional para as AIVD's, mas também pela rede familiar que ajuda e apoia a maioria dos idosos o que parece ser eficaz. Os cuidadores que se destacam são os familiares: os que coabitam com o idoso são mais velhos e ajudam nas AVD's, enquanto os que não coabitam, são mais novos e ajudam nas AIVD's. Os valores obtidos nas questões que avaliam a depressão geriátrica sugerem que os idosos aparentam estar relativamente adaptados e aceitam as suas limitações e dificuldades, associadas à vida e ao envelhecimento, revelando-se, na sua maioria, satisfeitos com a vida, sem achar que os outros passam melhor que os próprios, contudo, a pontuação da escala classifica a maioria com depressão, que é mais marcada no sexo feminino e está associada à qualidade das relações sociais mantidas pelo idoso. Os valores obtidos nas avaliações antropométricas, bem como as patologias mais apresentadas, associadas à obesidade e ao risco de comorbilidades, traduzem os distúrbios de base alimentar que afetam estes idosos.

Assim, é possível apontar os riscos, que se traduzem em problemas e suscitam necessidades nesta população.

Os principais riscos identificados nesta população prendem-se com: existir uma taxa de iliteracia elevada, viver só, apresentar dificuldades económicas, ter banheira em vez de

Projeto de Estágio

políban, a existência de tapetes não antiderrapantes, os principais cuidadores dos idosos nas AVD's serem familiares que coabitam e também eles serem idosos, a presença significativa da classificação de depressão e depressão grave na população, principalmente feminina, associada ao isolamento da habitação, possivelmente não diagnosticada e ou acompanhada, os valores do perímetro abdominal sugerirem um risco elevado e muito elevado de comorbilidade em ambos os sexos, existirem idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I, a obstipação, as quedas, que são mais frequentes nas mulheres e nos mais idosos, os problemas de visão e audição, a polifarmácia, as patologias como a hipertensão arterial, a dislipidemia, as doenças osteoarticulares, a diabetes e a insuficiência cardíaca, a comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson, a procura menos expressiva de alguns cuidados de enfermagem, nomeadamente de monitorização e vigilância e, dos programas de educação para a saúde.

As necessidades de saúde subjacentes aos riscos enunciados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”

Projeto de Estágio

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem outros critérios para seleccionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nutt (1984) citado por Imperatori & Giraldes (1993) refere que quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Neste âmbito, e considerando os vários critérios sugeridos destacamos e agrupamos os seguintes problemas:

PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS E PRIORIZADOS
Viver só
Isolamento da habitação
Classificação de depressão e depressão grave
Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
Risco elevado e muito elevado de comorbilidade
Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
Quedas: Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição
Acessibilidade; condição habitacional
Polifarmácia
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos
Iliteracia

Quadro 2 – Problemas diagnosticados e priorizados

2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatori & Giraldes, 1993).

Apresentamos em apêndice inerentes objetivos (consultar apêndice I).

2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior.

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Apresentamos em apêndice respetiva seleção de estratégias (consultar apêndice I).

2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”. Deste modo, remetemos à consulta do apêndice II e III.

2.6- AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

Neste âmbito, remetemos para consulta de apêndice I.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um tema que tem suscitado interesse no meio político, social, económico e académico, e há um reconhecimento de que o seu processo pode ser mais ou menos complexo, com mais ou menos pesar para os que o experienciam na primeira pessoa, mas também para aqueles que de perto vivem este fenómeno. Apesar de estar disponível muita informação sobre este assunto acreditamos que nunca é demais estudar e abordar esta problemática. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro das necessidades e problemáticas existentes, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Tendo sido concretizado o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, e cumprido o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde desta população, o presente projeto de intervenção apresenta o planeamento das intervenções que nos propomos desenvolver na comunidade, seguindo as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, direcionando as referidas intervenções para os problemas e necessidades identificados, contribuindo para a minimização dos mesmos e para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, e considerando as intervenções a que nos propomos desenvolver é intenção do grupo de trabalho dinamizar e potencializar ao máximo as mesmas.

Convictas que a duração de intervenção em estágio limita seus resultados e respetiva amplitude, outras soluções a longo prazo se impõem, outras mesmo não são vulneráveis à intervenção de enfermagem, no entanto, com a nossa passagem por esta região, cuja população não nos ficará indiferente pela recetividade e positividade demonstrada, deixaremos propostas às entidades locais expectantes da sua observância e interferência futura.

BIBLIOGRAFIA

Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.

Linhares, L. & Cunha, L. (1999). *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: Geriatria, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).

Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Páscoa, P. (2008). *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde, Porto. Acedido em 8 de maio de 2013 em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpnv5/vq1515

PORTUGAL, Direção-Geral de Saúde (2004a). Circular Normativa N.º: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.

Projeto de Estágio

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 22 de fevereiro de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea*. 1 (3), 26-31.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde.

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Atividades

Projeto de Estágio

Quadro 3 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E VALE DE AÇOR
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico); • Iliteracia;
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar junto do Sr.º Presidente responsável pela Freguesia de Tramaga (Presidente de União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.) para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da União de Freguesias (Tramaga); • Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas sensíveis à sua intervenção.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 30% De propostas aceites; • 40% De propostas para análise;

Projeto de Estágio

ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis à Intervenção da União de Freguesias: - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; - Criação de grupo de caminhadas; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (Tramaga).
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Reuniões do Sr.º Presidente da União de Freguesias – na Junta de Freguesia de Tramaga; • Folha de papel e caneta.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de propostas aceites}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none">• <u>Número de propostas para análise X 100 =</u> Número de propostas efetuadas
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 15 de novembro de 2013, às 10h30m, na sala de reuniões da União de Freguesias – Tramaga com duração prevista de 1h30m.

Quadro 4 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA CÂMARA DA PONTE DE SOR, COM A PRESENÇA DA RESPONSÁVEL MUNICIPAL PELA ÁREA SOCIAL.
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico); • Iliteracia.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal da área social para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da Autarquia; • Apresentar à Autarquia propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas identificados e sensíveis à intervenção da Autarquia.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 30% De Propostas aceites; • 40% De propostas para análise.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis à Intervenção da Autarquia:

Projeto de Estágio

DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; - Criação de grupo de caminhadas; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Câmara Municipal da Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões da Câmara Municipal da Ponte de Sor; • Folha de papel e caneta.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de propostas aceites}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de propostas para análise}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$
	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 15 de novembro de 2013, às 15 horas, na sala de reuniões do Sr.º Presidente da Câmara Municipal da

Projeto de Estágio

PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	Ponte de Sor, com duração prevista de 1h30m.
------------------------------------	--

Quadro 5 – Intervenção Comunitária – “Atelier de Saúde” associado às comemorações de “São Martinho”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“Atelier de Saúde” Associado às comemorações de “São Martinho”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Hipertensão arterial; • Dislipidemia; • Diabetes; • Insuficiência cardíaca; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para a saúde e qualidade de vida não só aos idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar e avaliar tensão arterial; • Monitorizar e avaliar glicémia capilar pós-prandial; • Fornecer informação individualizada sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 50% de aderentes ao evento: “Atelier de saúde”; • Distribuição de informação através de panfleto sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis a 80% dos aderentes ao evento: “Atelier de saúde”. • 50% de respostas ao questionário com pontuação superior a 4 sobre a importância e interesse do evento.

Projeto de Estágio

<p>ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Atelier de Saúde” associado ao evento das comemorações de “São Martinho”; • Atividades a desenvolver para o “Atelier de Saúde”; <ul style="list-style-type: none"> - Realização e distribuição de panfletos de divulgação do evento associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga, assim como poster de identificação no atelier; - Realização e distribuição de panfletos de informação alusivos aos problemas identificados adequados em termos de várias literacias (imagem permite compreensão de conteúdo): <ul style="list-style-type: none"> ➤ “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” ➤ “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...” - Avaliação e registo da tensão arterial aos participantes aderentes; -Avaliação e registo de glicémia capilar aos participantes aderentes; - Fornecer informações e esclarecimentos individualizados. • Recolha, análise e posterior apresentação das avaliações de tensão arterial e glicémia capilar efetuadas no Atelier à Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem do Centro de Saúde Local.
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias – Tramaga; • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; • Comunidade da Freguesia que participa no evento, não só idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga – Espaço; • Material adequado ao espaço “Atelier de Saúde” (mesas, cadeiras, cavalete, canetas, folhas); • Material inerente às respetivas avaliações (tensão arterial e glicémias capilares, designadamente: aparelho de

Projeto de Estágio

	tensão arterial, aparelho de avaliação de glicémia capilar, lancetas descartáveis, fitas reagentes, luvas, recipiente depósito de cortantes e resíduos grupo III, pensos).
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{N.º de aderentes ao atelier de saúde}}{\text{N.º de participantes nas comemorações do São Martinho}} \times 100 =$ • $\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos}}{\text{N.º de aderentes ao atelier de saúde}} \times 100 =$ • Respostas dos participantes quanto à importância e interesse do evento.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 16 de novembro de 2013, às 20 horas no Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, com duração prevista de 2h30m.

Quadro 6 – Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“FÓRUM COMUNITÁRIO”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Patologias mais frequentes: hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; • Quedas: banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição; • Acessibilidade e condição habitacional; • Polifarmácia; • Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos; • Iliteracia.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde realizado à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga à Comunidade, Entidades e Associações Locais / Concelhias.

Projeto de Estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde à Comunidade, Entidades Locais e Concelhias; • Envolver a Comunidade, Entidades locais e Concelhias no sentido de constituir boa relação de cooperação com o grupo de trabalho (mestradas).
META	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas. • 10% de participação da Comunidade
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de Fórum para apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde; • Fórum destina-se a todos os interessados e envolvidos neste Diagnóstico de Saúde, designadamente: Comunidade, Entidades Locais e Concelhias, IPP- ESSP; • Lanche convívio no encerramento do Fórum.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades Convidadas: <ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor); - Padre da Paróquia; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil); - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centro Saúde de Ponte de Sor; - Segurança Social; - Cruz Vermelha;

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); - Teleassistência: Helpphone; - IPPP- ESSP. • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga • Apoio meios audiovisuais – GNR; • Apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte Sor (pastas)
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas; • Lanche organizado pelo grupo de mestrandas, com espaço/mesas cedido pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor – Sede Tramaga; • Pasta de apoio para registos no Fórum a distribuir pelos participantes convidados, com o apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte de Sor
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Número de entidades que participam</u> X 100 = Número de entidades convidadas

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none">• $\frac{\text{Número de pessoas da comunidade que participam}}{\text{Número de pessoas da comunidade}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 29 de novembro de 2013, às 14 horas, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga com duração prevista de 1h30m seguido de lanche.

Quadro 7 – Intervenção comunitária – “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“COMBATE AO ISOLAMENTO E INSEGURANÇA DOS IDOSOS”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Classificação de depressão e depressão grave; • Isolamento da habitação; • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes); • Problemas de visão e audição; • Polifarmácia.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a prevenção de incidentes e acidentes domésticos, através do empowerment dos idosos e famílias em formato multidisciplinar.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Alertar para os perigos do isolamento; • Capacitar os idosos com informações úteis para o dia-a-dia em segurança; • Dar a conhecer alguns dispositivos existentes para o apoio à população idosa, em termos de teleassistência.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação da Comunidade; • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas. • Entrega de folhetos de informação alusivos às temáticas apresentadas a 95% dos participantes; • Esclarecimento a 95% das questões levantadas pelos participantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão de Educação para a Saúde em parceria com GNR e representante da teleassistência – Helpphone;

Projeto de Estágio

<p>ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Temáticas a desenvolver na Sessão de Educação para a Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Segurança do idoso- prevenção de quedas e cuidados a ter com o frio (Enfermeiras mestradas); - Segurança dos idosos- cuidado com as burlas (GNR); - Teleassistência Domiciliária, com demonstração de equipamentos (Helpphone). • Construção e distribuição de panfletos de divulgação do evento à população, associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga; • Construção e distribuição de panfletos de informação alusivos às temáticas apresentadas (adequados à baixa literacia diagnosticada).
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GNR; • Helpphone; • União de Freguesias – Tramaga; • Entidades Convidadas: <ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Aço. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor); - Padre da Paróquia; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil); - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centro Saúde de Ponte de Sor;

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - Segurança Social; - Cruz Vermelha; - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); - IPPP- ESSP. • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Apoio meios audiovisuais – GNR.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da União de Freguesias – Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas; • Lanche organizado pelo grupo de mestrandas.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de pessoas da comunidade que participam}}{\text{Número de pessoas da comunidade}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de entidades que participam}}{\text{Número de entidades convidadas}} \times 100 =$

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Número de panfletos entregues</u> X 100 = Número de participantes • <u>Número de questões esclarecidas</u> X 100 = Número de questões de esclarecimento apresentadas pelos participantes
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 06 de dezembro de 2013, às 14 horas no Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga, com duração prevista de 2 horas (incluindo intervalo de 30 minutos com <i>Coffee break</i>).

Quadro 8 – Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “SABER MAIS, VIVER MELHOR!”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e insuficiência cardíaca; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; • Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis.
META	<ul style="list-style-type: none"> • Tiragem mínima de 1000 exemplares. • Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no “Jornal Aponte”; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Jornal “Aponte”; • Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Jornal “Aponte”; • Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Projeto de Estágio

INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Nº de Tiragem do Jornal “Aponte”;• Nº de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Publicação periódica mensal Jornal “Aponte” – A publicar no mês de dezembro 2013.• Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde no mês de dezembro 2013.

Quadro 9 – Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Patologias osteoarticulares; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida; • Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.
META	<ul style="list-style-type: none"> • Tiragem mínima de 1000 exemplares. • Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”; • Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no “Jornal Aponte”; • Publicação do artigo Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal Digital do Centro de

Projeto de Estágio

	Saúde da Ponte Sor.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Jornal “Aponte”; • Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Jornal “Aponte”; • Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de Tiragem do Jornal “Aponte”; • Nº de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação periódica mensal Jornal “Aponte” – A publicar no mês de janeiro 2014 • Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde mês de janeiro 2014.



Projeto de Estágio

Apêndice II – Cronograma de atividades 2013/2014 – Planeamento em Saúde

Projeto de Estágio

Quadro 10 – Cronograma de atividades – Planeamento em Saúde 2013/2014.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18
Listrar problemas e necessidades da população																			
Definir perfis críticos da população																			
Priorizar e hierarquizar necessidades em saúde																			
Definir objetivos de intervenção																			
Selecionar estratégias de intervenção, considerando os recursos necessários e acessíveis																			
Estabelecer contactos formais com entidades locais da comunidade																			
Estabelecer parcerias de intervenção																			
Planear programas e projetos de intervenção																			
Preparar execução das intervenções																			
Envolver a população visada nas intervenções a implementar																			
Promoção e implementação das intervenções planeadas																			
Avaliar programas e projetos de intervenção através da monitorização de indicadores de processo e de resultado previamente definidos																			

Legenda:  Fase de Execução  Interrupção escolar

Projeto de Estágio

Apêndice III – Cronograma de Atividades 2013 / 2014 – Intervenções a implementar

Projeto de Estágio

Quadro 11 – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18
Reunião com Presidente de União de Freguesias (Tramaga)																			
Reunião com Presidente da Câmara de Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social																			
“Atelier de Saúde” associado às comemorações de “São Martinho”																			
“Fórum Comunitário”																			
“Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”																			
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”																			
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos”																			

Legenda:  Fase de Preparação,  Fase de Execução,  Interrupção escolar

Apêndice III – Projeto de Estágio individual



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Susana Cristina Marques Almeida Simões

outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Susana Cristina Marques Almeida Simões

outubro
2013

“Escolher é indiscutivelmente um valor nas sociedades contemporâneas. Poder escolher, liberta. Liberta tanto melhor quando aquele que escolhe é capaz de ter consciência das suas consequências não só no imediato, mas também a médio e longo prazo.”

Constantino Sakellarides

Abreviaturas e símbolos

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dr. – Doutor

ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre

etc. – *et cetera*

f. – folha

GNR – Guarda Nacional Republicana

h – hora

ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC – Índice de Massa Corporal

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

km – quilómetro

km² – quilómetro quadrado

m – minuto

nº – número

NIS – Núcleo Idosos em Segurança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.e. – por exemplo

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

S. Mamede – São Mamede

S. Martinho – São Martinho

Sr. – Senhor

ULSNA – Unidade Local de Saúde Norte Alentejano

% – por cento

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	8
1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	11
1.1 – CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	11
1.1.1 – Retrospectiva histórica	12
1.1.2 – Localização geográfica e acessibilidade.....	12
1.1.3 – Recursos de Saúde.....	12
1.1.4 – Rede Social.....	13
1.1.5 – Freguesia de Tramaga.....	19
1.1.5.1 – Rede Social da Freguesia de Tramaga.....	20
2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	22
2.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	22
2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	26
2.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	28
2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	29
2.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	29
2.6 – AVALIAÇÃO.....	30
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
BIBLIOGRAFIA	33
APÊNDICES	35
Apêndice I – Plano de Atividades.....	36
Apêndice II – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Planeamento em Saúde.....	55
Apêndice III – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.....	57

Índice de Figuras

	f.
Figura 1 – Mapa do concelho de Ponte de Sor	11
Figura 2 – Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.....	17

Índice de Quadros

	f.
Quadro 1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.....	19
Quadro 2 – Problemas identificados na população inquirida.....	25
Quadro 3 – Problemas mais importantes.....	27
Quadro 4 – Lista de problemas prioritários.....	28
Quadro 5 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.....	37
Quadro 6 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.....	40
Quadro 7 – Intervenção Comunitária – “Atelier de Saúde” associado à Comemoração de São Martinho.....	42
Quadro 8 – Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”	45
Quadro 9 – Intervenção Comunitária - Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.....	48
Quadro 10 – Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”.....	51
Quadro 11 – Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.....	53
Quadro 12 – Cronograma de Atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.....	56
Quadro 13 – Cronograma de Atividades 2013/2014 - Intervenções a implementar.....	58

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente projeto de estágio enquadra-se no âmbito do 1º semestre do 2º ano do 3º Mestrado em Enfermagem – área de Especialização em Enfermagem Comunitária e surge na sequência da realização de um Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, que decorreu entre maio e setembro de 2013. Este diagnóstico teve como objetivo geral: identificar as necessidades de saúde da população em estudo, e como objetivos específicos: caracterizar as condições sociofamiliares e económicas desta população, avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), risco associado à idade, e também avaliar sintomas depressivos.

Terminado o Diagnóstico de Saúde, pretendeu-se definir perfis críticos desta população no sentido de levantar problemas e necessidades, e deste modo perspetivar intervenções na comunidade, considerando as diferentes etapas do planeamento em saúde, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Sustenta-se deste modo a evidência da génese deste projeto no sentido de ser criado um instrumento orientador devidamente pensado, estudado e planeado em termos de intervenções na comunidade visada e deste modo permitir efetivar com sucesso o desenvolvimento do inerente estágio. Tem como objectivos: definir os objetivos a desenvolver ao longo do estágio, e executar um plano de atividades que sirva de guia orientador ao longo do estágio.

O Estágio de intervenção na comunidade decorrerá entre 16 de setembro 2013 e 31 de janeiro de 2014 e pretende-se com este a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possui um contíguo de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Procura encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional, e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência, estabelecer articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e

Projeto de Estágio

parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Sendo a Enfermagem Comunitária uma prática globalizante centrada na comunidade a sua adequação ao idoso na sua realidade torna-se fundamental. Linhares & Cunha (1999) assim como Páscoa (2008) sustentam a importância e premência da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento não é um enigma ou uma dificuldade, trata-se naturalmente de uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico na estrutura social e familiar da sociedade portuguesa têm determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes, relacionados com a saúde.

De acordo com Silva & Serrão (2009) baseado em Rocha et al. (2002) e Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes & Martin (2006), há que criar estratégias de intervenção para que se altere a imagem do idoso ser alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inativo e que está à margem da sociedade. Cada vez mais encontramos um número crescente de idosos, saudáveis, participativos, cheios de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar ativos. A sociedade tem de suprimir os preconceitos, é necessário mudar mentalidades, encontrar uma imagem alternativa e próxima da realidade e é impreterível perceber a necessidade dessas mudanças face ao idoso.

Tal como alude PORTUGAL (2004b), o envelhecimento implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico, e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

Projeto de Estágio

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PORTUGAL, 2004a) possui como objetivos: promover um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; aumentar a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso o que segundo Páscoa (2008) vai ao encontro do intento da OMS o de “Dar Qualidade de Vida aos Anos”.

O enfermeiro possui um largo espaço de atuação nos grupos de idosos, com autonomia, sistematizando através de experiências e criatividade, ações que permitem assistir, ajudar, orientar e capacitar o idoso no que se refere à sua capacidade de gerir a sua própria independência e saúde.

Este projeto encontra-se estruturado em 3 capítulos. No primeiro será feita a caracterização do local de estágio, a nível do Concelho de Ponte de Sor e Freguesia de Tramaga. O segundo fará referência ao Planeamento em Saúde, no qual descrevo o diagnóstico da situação, defino as prioridades, defino os objetivos, seleciono as estratégias e elaboração de programas e projetos, preparo a execução e por fim a avaliação. O terceiro e último capítulo irá remeter para as considerações finais.

Este projeto de estágio foi elaborado de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre, e com o novo acordo ortográfico de Língua Portuguesa.

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839,71 km² e uma população de 16,722 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 19,5 hab/km². De referir que do total da população residente no concelho, 4149 pessoas têm 65 e mais anos (1728 homens e 2421 mulheres) (INE, 2012).

O índice de envelhecimento é de 201,6%, e o índice de dependência de idosos é de 40,8% (INE, 2012).

O concelho de Ponte de Sor é constituído por 5 freguesias, são elas: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, e pela União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (figura 1).

O surgimento da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor é recente, uma vez que entrou em vigor a 29 de setembro de 2013 aquando as Eleições Autárquicas realizadas em Portugal, sendo legislada pela Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro (Assembleia da República, 2013).



Figura 1 – Mapa do concelho de Ponte de Sor.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

1.1.1 – Retrospectiva histórica

O nome de Ponte de Sor surgiu do monumento de origem provavelmente romana construído sobre a Ribeira de Sor, em cuja margem direita a cidade se situa. É possível que essa primeira ponte, de que hoje não restam quaisquer vestígios, tenha integrado uma das vias romanas que ligavam Mérida a Lisboa. O concelho de Ponte de Sor atingiu a sua extensão atual no século XIX, com a anexação dos concelhos de Galveias e Montargil. Essa expansão progressiva resultou da chegada do caminho de ferro nos anos de 1860, e da indústria, em especial a corticeira, que se instalou no final do século XIX e início do século XX. Data de 8 de julho de 1985 a elevação de Ponte de Sor a cidade, resultado do desenvolvimento registado ao longo do século XX (Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013).

1.1.2 – Localização geográfica e acessibilidade

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre, distando desta 62,1 km, cuja principal via de acesso é o Itinerário Complementar 13.

Está implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo. De referir que é atualmente uma referência para a indústria corticeira mundial, integrando também empresas ligadas aos ramos de construção civil, aeronáutico, de transformação de produtos agrícolas, entre outros.

O município é limitado a sul por Mora, a sueste por Avis, a sudoeste por Coruche, a leste por Alter do Chão, a nordeste por Gavião e Crato, e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo as principais vias de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2 (Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013).

1.1.3 – Recursos de Saúde

No que concerne à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde de Ponte de Sor, que inclui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. A freguesia de Montargil também possui Centro de Saúde, todas as restantes freguesias possuem extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor. É em Portalegre a cerca de 60 km que se situa o hospital de referência, denominado de Hospital Dr. José Maria Grande. Este hospital assim como o Centro de Saúde, inserido no Agrupamento de

Projeto de Estágio

Centros de Saúde de São Mamede, integram a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. criada em 1 de março de 2007 pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de fevereiro de 2007 (ULSNA, 2013).

Ponte de Sor possui algumas clínicas com especializações médicas diversas e consultórios particulares.

No concelho de Ponte de Sor existem 7 farmácias.

1.1.4 – Rede Social

A autarquia de Ponte de Sor demonstra preocupação no que diz respeito às condições de vida dos seus munícipes, mais especificamente, da população idosa e com escassos recursos financeiros. Atenta que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade quer para desenvolver novas atividades, quer para recuperar interesses antigos que ao longo da vida adulta não lhes foi possível desenvolver. Com este intuito, foi fundada a Universidade Sénior, em 16 de abril de 2007, que se encontra aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social surgiu da vontade de intervir na comunidade de Ponte de Sor, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante. Esta Associação tem a missão de desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente das mais vulneráveis.

A Associação Caminhar desenvolve diversas atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, ‘Ateliês à medida’ para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês e alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

A “Solidão Acompanhada” é um projeto que a Associação Caminhar está a desenvolver e cujo principal objetivo é minimizar a solidão em que muitos dos idosos e pessoas com doenças incapacitantes vivem. Para tal, existe um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente realizam visitas regulares a pessoas que se encontrem numa destas situações. Neste projeto que proporciona essencialmente fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser efetuadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta Associação tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de

Projeto de Estágio

crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos idosos, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

No entanto, é de referir que apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Para tentar superar estas dificuldades, o Município de Ponte de Sor desenvolve junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Projeto 'Porta a Porta', Almoço de Idosos do Concelho; Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Serviço 'Porta a Porta' consiste em prestar apoio às pessoas do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O Município constata que, para além de problemas de saúde, a população idosa é confrontada com dificuldades operacionais ou logísticas na sua vida diária, que começam no interior da própria habitação: uma torneira a pingar, uma porta que fecha mal, uma lâmpada fundida, e tantas outras situações semelhantes, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço 'Porta a Porta', que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Associação Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa 'Progride'-Medida 1, destina-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas habitações, muitas vezes não conseguem ser realizadas pelos idosos. Face a isso, o idoso dever-se-á inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços variados como a reparação de portas e janelas, a substituição de lâmpadas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que a pessoa pagará apenas os custos dos materiais.

O Almoço de Idosos do Concelho é uma atividade já antiga, e que ocorre anualmente no mês de maio.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e que divulga as atividades mais direcionadas para a terceira idade, nomeadamente com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordados conteúdos como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

Projeto de Estágio

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto cIDADES, projeto concebido em torno do conceito ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’, concebido pela OMS que pretende identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto cIDADES, é promovido pela Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’ visa identificar serviços e práticas em Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que reside na criação de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, modos de comunicação, rede de transportes, conhecimento e emprego.

O PIMPA deteta problemas, sugere soluções, integra ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Comunicação, Transportes, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa fase inicial será dado especial destaque à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

No concelho de Ponte de Sor existem várias instituições de apoio social. Atualmente estão disponíveis para a população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Quanto a lares de idosos, também são vários os existentes em todo o concelho de Ponte de Sor.

Projeto de Estágio

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados; Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar “A Magnólia”, de carácter privado.

A 24 de agosto de 2013, foi inaugurado um novo lar de idosos da Câmara Municipal de Ponte de Sor denominado “Casa dos Avós”, com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa fase inicial, o serviço de apoio domiciliário ficará em *standby* dado que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

Na Freguesia de Galveias existe um lar de idosos e centro de acamados.

A população de Foros de Arrão também pode contar com um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

De referir que estes conteúdos abordados no âmbito da rede social de Ponte de Sor tiveram por base o Município de Ponte de Sor, o Pré-Diagnóstico Social do concelho de Ponte de Sor de 2003 e o Diagnóstico Social de Ponte de Sor 2008-2010, estes dois últimos elaborados pelo Núcleo Executivo da Rede Social de Ponte de Sor.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras entidades da Cidade, nomeadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

As linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária são quatro, particularmente:

- Promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- Fortalecimentos de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, especificamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- Coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;
- Fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, com o objetivo de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os interventores, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura 2).

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança (NIS).



Figura 2 – Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.

Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR.

O Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança, é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa:

- garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas (apoio à camada da população mais desfavorecidas/vulneráveis, como é o caso dos idosos, principalmente os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais mais ativos, assumindo especial relevância; enquadrável no apoio social que à Guarda é cometida, dentro desta nova filosofia do servir socialmente);

- promover o conhecimento do trabalho da GNR junto desta população;

- ajudar a prevenir e a evitar situações de risco (no intuito de aumentar o grau de confiança e conhecimento, direccionou-se o patrulhamento, conseguindo-se assim um conhecimento mútuo, muito melhor e mais aprofundado).

No levantamento exaustivo dos idosos a viverem isoladamente, foram referenciadas pequenas comunidades e elaboradas listas de instituições públicas e privadas diretamente ligadas ao apoio que a estes deve ser conferido, através de:

- reforço de policiamento dos locais públicos mais frequentados por idosos;

- criação de uma rede de contactos diretos e imediatos entre os idosos a GNR, em caso de necessidade;

- colaboração com outras entidades que prestam apoio à terceira idade.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor a preocupação com estas temáticas é bastante evidente. Segundo o Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, são efetuados anualmente os Censos Sénior, cujo principal objetivo é identificar os idosos que vivem sós e em situação de maior vulnerabilidade.

Estes dados não são estanques uma vez que são continuamente atualizados.

No decorrer de 2013 foram identificadas 450 situações de idosos que vivem sós (sem apoio de familiares) ao nível do concelho de Ponte de Sor.

No caso específico da freguesia de Tramaga, ao longo do ano 2013 foram identificados 27 idosos que vivem sós e em situações de vulnerabilidade.

Na presença de situações de risco de vida eminente do Idoso, estas são devidamente sinalizadas para as Instituições de Apoio Social do concelho/distrito.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor existem dois militares a desempenhar funções específicas na área dos programas especiais, contudo, as patrulhas de vigilância dos

Projeto de Estágio

idosos são efetuadas por todos os militares consoante a disponibilidade dos mesmos, isto é, não está calendarizado mensalmente os dias do patrulhamento, mas o mesmo é efetuado assiduamente.

Realizam-se anualmente várias ações de sensibilização, nas quais o público alvo são os idosos. As principais temáticas abordadas são as burlas, prevenção da criminalidade e prevenção de incêndios florestais. Na realização destas ações de sensibilização, são entregues folhetos informativos aos idosos, com informações úteis sobre estas temáticas, assim como cartões com o contacto telefónico da GNR.

Esta é uma área de intervenção comunitária muito importante para os militares da GNR, estando continuamente a ser monitorizada e melhorada.

1.1.5 – Freguesia de Tramaga

A freguesia de Tramaga foi fundada por Decreto-Lei, datado de 11 de Junho de 1993. Derivou da freguesia de Ponte de Sor, da qual dista 3 km. Apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão (Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013).

A freguesia de Tramaga conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que equivale a 22,7% da população total, como se pode observar no quadro seguinte.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24 anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Quadro 1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

1.1.5.1 – Rede Social da Freguesia de Tramaga

Com a elevação a Freguesia em 1993 a Tramaga, até então aldeia, assistiu à construção de edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e melhorias de arruamentos e saneamento básico. Ao longo destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, nomeadamente o ‘Carnaval de Tramaga’ e as ‘Marchas Populares de Tramaga’. No entanto, dada a atual conjuntura económica do país, estas atividades estão suspensas, contudo serão retomadas assim que for possível.

A freguesia de Tramaga preocupa-se com os mais idosos, desenvolvendo programas de apoio específicos para esta faixa etária. Exemplo disso é o facto de semanalmente um funcionário da Junta de Freguesia acompanhar os idosos mais isolados (habitantes no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para isso, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Segurança Social, Finanças, Farmácia, entre outros.

A atividade desportiva não é esquecida pela freguesia de Tramaga, uma vez que se disponibiliza para o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando deste modo a participação em atividades desportivas.

Outra atividade desenvolvida é o almoço do idoso da freguesia de Tramaga, que ocorre anualmente de forma gratuita e com animação musical. Este almoço já existe há muitos anos e é do agrado dos idosos da Freguesia.

Face à existência de alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, com o principal objetivo de proporcionar o convívio entre estes.

Existem diversas atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades, como por exemplo, a pintura. Existe também um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados. Posteriormente fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

Todas as pessoas da freguesia podem frequentar os diversos cursos que vão sendo realizados ao longo do ano.

No edifício da Junta de Freguesia estão disponíveis computadores para idosos que queiram aceder à Internet gratuitamente.

Projeto de Estágio

A comissão social da freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, mas só a 1 de maio de 2006 entrou em funcionamento. Atualmente, são dezasseis os funcionários. Esta Instituição tem como principais valências apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Presentemente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. A frequentar o centro de dia estão 37 idosos. É prestado apoio domiciliário a 49 pessoas, na sua maioria idosos.

No que concerne ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a Segurança Social e pelo município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço prestado tem uma percentagem.

Prevê-se a criação da valência de lar do idoso, contudo ainda não há data para a sua concretização.

Todos estes conteúdos mencionados denotam a preocupação que a freguesia da Tramaga tem em criar um suporte social aos idosos, uma vez que numa população de 1542 habitantes, 350 são idosos.

2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Na área da saúde, o planeamento “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações” (Tavares, 1990: 37).

O planeamento em saúde pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), o planeamento em saúde, deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação da execução), a execução e a avaliação.

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico. Pode ocorrer mudanças em qualquer fase do processo uma vez que “não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

2.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”.

O Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, teve como objetivo geral: identificar as necessidades de saúde da população em

Projeto de Estágio

estudo, e como objetivos específicos: caracterizar as condições sociofamiliares e económicas desta população, avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e risco associado à idade, e também avaliar sintomas depressivos.

Face aos dados obtidos no Diagnóstico de Saúde pode-se afirmar que a população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga é maioritariamente feminina (60%), com uma média de idades de 76 anos, a idade máxima registada foi de 92 anos. Apresenta uma taxa de iliteracia elevada (37,9% nunca frequentou a escola), sendo nos grupos etários mais baixos onde se encontram níveis de escolaridade mais elevados. Em termos sociofamiliares, são na grande maioria casados (62,1%) e coabitam com o cônjuge, sendo o agregado familiar geralmente constituído por 2 pessoas (52,1%), no entanto, é possível encontrar alguns agregados familiares alargados a filhos e outros. De referir que 25,5% dos idosos vivem sozinhos. O hábito de fumar (3,8%) e ingerir bebidas alcoólicas (23,8%) está mais associado aos homens.

Trata-se de uma população que mantém relações sociais com a comunidade local (55,5%), família e amigos (35,2%), que conta e obtém apoio mais frequente dos familiares, embora os vizinhos e amigos sejam a segunda fonte de apoio.

Para a maioria dos idosos (66,9%), os rendimentos auferidos cobrem com dificuldade as suas necessidades.

Habitam maioritariamente na povoação (94,1%), em casa unifamiliar com 4 ou mais divisões, reunindo as infraestruturas e equipamentos básicos, nomeadamente eletricidade, águas frias e quentes canalizada, gás, aquecimento, frigorífico, fogão, máquina de lavar a roupa, televisor e telefone. Quanto a rede de esgotos 82,8% dos idosos revelam ter e os restantes 17,2% têm fossa. Segundo os mesmos, as suas casas possuem condições adequadas às necessidades, embora seja significativo o número de idosos cujas habitações têm humidade (48,3%), não têm janela em todas as divisões, e cuja casa de banho não tem poliban (60%).

Na generalidade, as suas casas não têm degraus (64,5%), embora ainda se verifiquem em muitos casos, principalmente para entrar na habitação. A existência de rampas de acesso e os corrimões é pouco significativa, com 8,3% e 14,8% respetivamente. A circulação dentro de casa não é isenta de obstáculos, uma vez que 32,8% referem possuir obstáculos, e a presença de tapetes antiderrapantes não é uma prática adotada pela maioria da população.

Para realizar as suas atividades instrumentais de vida diárias, os idosos sentem necessidade de recorrer à ajuda de alguém (90,7%) e, na maioria dos casos, têm quem os ajude, sendo geralmente os familiares que coabitam e não coabitam a ajudá-los, em função das suas possibilidades e disponibilidades, apresentando uma média de idade de

Projeto de Estágio

aproximadamente 55 anos. De uma forma geral, e ainda que não o façam de forma completamente autónoma, a maioria consegue usar o telefone, deslocar-se, responsabilizar-se pela sua medicação e lidar com o dinheiro. É para lavar a roupa, cuidar da casa, preparar as refeições e fazer compras que precisam de mais ajuda. No que respeita à realização das tarefas domésticas, preparar refeições, cuidar da casa e lavar a roupa, continuam a ser assumidas maioritariamente pelas mulheres, na condição de cônjuge, filha, neta, sobrinha, cunhada ou irmã.

Quanto às atividades de vida diária, a maioria dos idosos (57,1%) consegue lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se sozinho, sendo classificados como independentes em todas as atividades, de acordo com o Índice de Katz.

A maioria dos idosos afirma sentir-se feliz a maior parte do tempo, sente-se satisfeito com a sua vida e considera que é muito bom estar vivo, apesar de não se sentirem cheios de energia, de terem posto de lado muitas das suas atividades e interesses, preferirem ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas e assumirem ter medo que lhes vá acontecer qualquer coisa de mal. Contudo, e de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica, a maioria dos idosos apresenta depressão (31,9%) e depressão grave (21,8%), embora quando questionados acerca das suas comorbidades, apenas uma pequena percentagem da população (3,4%) indique ter depressão.

Na sua maioria (94,1%), os idosos não referem falta de apetite ou alterações no peso. Em média, pesam 72 Kg, medem 1,59 m e, segundo o IMC, estão classificados em pré-obesidade 42% dos idosos. Apresentam um perímetro abdominal que varia entre os 106 e os 110 cm, revelando um risco muito elevado de comorbidade associado a esta avaliação, sendo no sexo feminino de 93,4% e no sexo masculino de 69,7%.

Relativamente às quedas, 31,4% da população referiu ter caído nos últimos 6 meses.

Em relação ao controlo de esfíncteres cerca de 41% dos idosos referem já ter tido perdas involuntárias de urina, e 35,5% revelam ter obstipação.

No que respeita a distúrbios sensoriais, 37,6% dos idosos afirmaram ter problemas de audição, e 58,6% de visão.

Os idosos desta população tomam, em média, cerca de 5 medicamentos diferentes por dia, e as comorbidades que mais os afetam são hipertensão arterial (75,2%), dislipidémia (42,1%), diabetes (24,1%), patologias osteoarticulares (24,1%), insuficiência cardíaca (23,1%) e hipertrofia benigna da próstata (10,3%). Segundo o Índice de Comorbidade de Charlson, 89,7% da população apresenta uma comorbidade severa. Cerca de 11,1% dos

Projeto de Estágio

idosos com hipertensão arterial e 25,7% dos idosos com diabetes não fazem a inerente monitorização.

Nos últimos 6 meses, esta população recorreu, em média, cerca de 3 vezes ao Centro de Saúde. Em média, a maioria dos idosos recebeu cuidados de enfermagem aproximadamente 3 vezes.

Os cuidados mais referidos pelos idosos foram a monitorização e vigilância de enfermagem relativamente a tensão arterial (86,8%), colheita de sangue (39%), vacinação (29,6%), avaliação da glicémia capilar (20,2%), administração de terapêutica intramuscular ou subcutânea (18,8%), e programas de educação para a saúde (15,7%).

A fisioterapia é a terapia de saúde mais procurada pelos idosos (13,8%), embora logo a seguir alguns tenham referido a procura do endireita (7,1%), uma prática ainda comum em algumas regiões interiores do país, quando se trata de soluções para problemas osteoarticulares.

Por fim, o Centro de dia/convívio é o serviço social mais procurado pelos idosos desta população, num total de 20,5%.

Os principais problemas identificados nesta população são apresentados no quadro que se segue:

Problemas identificados na população inquirida
Taxa de iliteracia elevada
Cerca de 25,5% dos idosos vivem sós
Isolamento da habitação (5,9% vivem em locais isolados)
Dificuldades económicas
A maioria dos idosos possui banheira em vez de poliban, e tapetes não antiderrapantes
Cerca de 17,2% dos idosos não possuem sistema de esgotos
Circulação com obstáculos em 32,8% das habitações
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos
Idosos com classificação de depressão (31,9%) e depressão grave (21,8%), principalmente no sexo feminino e associada ao isolamento da habitação
Cerca de 42% dos idosos encontram-se em estado de pré-obesidade, ou seja, com risco aumentado de comorbilidade, e 23,1% em obesidade classe I que se traduz em risco moderado de comorbilidade
Polimedicação (moda 4 medicamentos por dia e a média 4,9 por dia)
Cerca de 31,4% dos idosos referem ter caído nos últimos 6 meses, com maior tendência no

Projeto de Estágio

sexo feminino e idosos com menor capacidade de mobilização
Alterações da visão (58,6%) e da audição (37,6%)
Hipertensão arterial (75,2%), dislipidemia (42,1%), diabetes (24,1%), patologias osteoarticulares (24,1%) e insuficiência cardíaca (23,1%)
Cerca de 11,1% dos idosos com hipertensão arterial e 25,7% dos idosos com diabetes não fazem a inerente monitorização
Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson em 89,7% dos idosos

Quadro 2 – Problemas identificados na população inquirida

As necessidades de saúde subjacentes aos problemas mencionados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

2.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda fase do Planeamento em Saúde corresponde à definição de prioridades. No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldez, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldez (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e

Projeto de Estágio

caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem outros critérios para selecionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os critérios de seleção escolhidos para definir os problemas prioritários foram a vulnerabilidade, a magnitude, a exequibilidade, a gravidade do problema e fatores económicos.

Nutt (1984) citado por Imperatori & Giraldes (1993) refere que quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Ao utilizar a triagem para delimitar os problemas obtiveram-se os seguintes problemas considerados mais importantes:

Problemas mais importantes
Viver só
Isolamento da habitação
Quedas: banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; circulação com obstáculos, alterações da visão e audição
Idosos com classificação de depressão e depressão grave
Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade)
Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, patologias osteoarticulares e insuficiência cardíaca

Quadro 3 – Problemas mais importantes

Com o intuito de priorizar os problemas recorri à técnica de comparação de pares, da qual resultou a seguinte lista de problemas prioritários apresentada no quadro 4.

Ordem de prioridades	Problemas prioritários
1º	Quedas: banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; circulação com obstáculos; alterações da visão e audição
2º	Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
3º	Idosos com classificação de depressão e depressão grave
4º	Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares e insuficiência cardíaca
5º	Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade)
6º	Viver só
7º	Isolamento da habitação

Quadro 4 – Lista de problemas prioritários

2.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldez, 1993).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatori & Giraldez, 1993).

Também de acordo com Imperatori & Giraldez (1993), nesta fase há quatro aspetos a considerar, designadamente a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, também a determinação da tendência desses problemas, a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Os objetivos gerais delineados foram seguintes:

- Promover a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga;

Projeto de Estágio

- Promover a capacitação da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Os objetivos específicos são apresentados em apêndice (consultar apêndice I), bem como as metas e indicadores de atividade ou execução.

2.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Geraldès, 1993: 30).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior.

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Geraldès 1993: 30).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Apresentamos em apêndice respetiva seleção de estratégias (consultar apêndice I).

2.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperatori & Giralès (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”.

Deste modo, remete-se à consulta do apêndice II (Cronograma de Atividades 2013/2014 - Planeamento em Saúde) e do apêndice III (Cronograma de Atividades 2013/2014 - Intervenções a implementar).

2.6 – AVALIAÇÃO

A última fase do planeamento é a avaliação. Esta pode ser a curto prazo, quando constituída através dos indicadores de processo ou atividade que serviram para atingir metas, e a médio prazo, quando baseada nos objetivos fixados segundo os indicadores de impacto ou resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”.

Segundo Imperatori & Giraldes “numa situação de planeamento ou programação a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores. É através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados” (1993: 178).

Assim sendo, para realizar a avaliação serão calculados os indicadores de atividade ou execução delineados e comparados com metas as estabelecidas (consultar apêndice I).

Os resultados da avaliação serão conhecidos no final do estágio com a elaboração do relatório de estágio.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da existência de muita informação sobre o envelhecimento acredita-se que nunca é demais estudar e abordar esta problemática. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro das necessidades e problemáticas existentes, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Segundo Andrade (2006) a fundamentação de qualquer projeto é o conhecimento da realidade, das necessidades sentidas e do desejo de manter ou mudar uma situação. Desta forma, a identificação dos problemas de saúde da população em estudo permitirá uma intervenção mais adequada.

Tendo sido concretizado o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, e cumprido o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde desta população, o presente projeto de estágio apresenta o planeamento das intervenções a desenvolver na comunidade, seguindo as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, direcionando as referidas intervenções para as necessidades e os problemas identificados, contribuindo para a minimização dos mesmos e para o processo de capacitação de grupos e comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis. Com a realização do estágio, pretende-se fomentar o desenvolvimento de parcerias de modo a contribuir para promoção de um envelhecimento saudável e ativo da população idosa.

Elaborado este projeto, creio que o mesmo constituir-se-á um objeto imprescindível e um fio condutor, passível a reformulações durante este estágio, dado que me leva à reflexão, análise e organização de atividades e dos recursos que serão utilizados, com o intuito de alcançar os objetivos estabelecidos.

Penso que irá ser um estágio bastante enriquecedor, durante o qual vou conseguir adquirir novos conhecimentos e aprofundar outros. Anseio conseguir atingir todos os objetivos traçados e para que tal se verifique empenhar-me-ei no desempenho das mais diversas atividades de enfermagem, dando o meu melhor, para que consiga assim adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, e considerando as intervenções que pretendo desenvolver (individualmente ou em grupo) é

Projeto de Estágio

minha intenção e do restante grupo de trabalho dinamizar e potencializar ao máximo as mesmas.

Convicta que a duração de intervenção em estágio limita os seus resultados e respetiva amplitude, outras soluções a longo prazo se impõem, outras mesmo não são vulneráveis à intervenção de enfermagem, no entanto, com a nossa passagem por esta região, cuja população não nos ficará indiferente pela receptividade e positividade demonstrada, deixarei conjuntamente com o grupo propostas às entidades locais expetantes da sua observância e interferência futura.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, C. (2006). *A Saúde como Projeto Individual, Dinâmico, Contínuo e Subjectivo!*
Acedido em 28 de Setembro de 2013 em
http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&listar_tudo=yes#article224

Assembleia da República (2013). Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro. In *Diário da República*,
I Série, N.º 19, 552- (2). Acedido em 6 de fevereiro de 2014 em
(<http://dre.pt/pdfgratis/2013/01/01901.pdf>)

Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013
em <http://www.cm-pontedesor.pt>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição)
Lisboa: Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos -
Portugal. *XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de
habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Linhares, L. & Cunha, L. (1999). *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In:
Geriatrics, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).

Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do
Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12
de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros:
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento
CompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Páscoa, P. (2008). *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Universidade
Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde, Porto.

Projeto de Estágio

Acedido em 8 de maio de 2013 em
<http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>

PORTUGAL, Direção-Geral de Saúde (2004a). Circular Normativa N.º: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpvnv5/vq1515

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 22 de fevereiro de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea*. 1 (3), 26-31.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde.

Unidade Local Saúde Norte Alentejano [ULSNA]. (2013). Acedido em 25 de setembro de 2013 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Paginas/default.aspx>

APÊNDICES

Projeto de Estágio

Apêndice I – **Plano de Atividades**

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E VALE DE AÇOR
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; • Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca.
OBJETIVO ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar as Entidades Locais/Concelhias e Comunidade de Tramaga sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia até ao final de dezembro de 2013.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 30% de propostas aceites; • 40% de propostas para análise; • 30% de propostas de colaboração aceites.
ESTRATÉGIAS/	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar o Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor para os problemas identificados no diagnóstico de saúde realizado na Freguesia de Tramaga;

Projeto de Estágio

ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver o Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia de Tramaga; • Apresentar ao Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas sensíveis à sua intervenção: <ul style="list-style-type: none"> - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (Tramaga).
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Reuniões do Sr. Presidente da União de Freguesias – na Junta de Freguesia de Tramaga; • Folha de papel e caneta.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de propostas aceites}}{\text{Número total de propostas efetuadas}} \times 100 =$

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Número de propostas para análise</u> X 100 = Número total de propostas efetuadas • <u>Número de propostas de colaboração aceites</u> X 100 = Número total de propostas efectuadas
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 15 de novembro de 2013, às 10h30m, na sala de reuniões da União de Freguesias – Tramaga com duração prevista de 1h30m.

Quadro 5 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

Projeto de Estágio

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA CÂMARA DA PONTE DE SOR, COM A PRESENÇA DA RESPONSÁVEL MUNICIPAL PELA ÁREA SOCIAL.
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; • Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca.
OBJETIVO ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar as Entidades Locais/Concelhias e Comunidade de Tramaga sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia até ao final de dezembro de 2013;
META	<ul style="list-style-type: none"> • 30% de propostas aceites; • 40% de propostas para análise.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor para os problemas identificados no diagnóstico de saúde realizado na Freguesia de Tramaga; • Apresentar ao Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas sensíveis à sua intervenção:

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Câmara Municipal da Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões da Câmara Municipal da Ponte de Sor; • Folha de papel e caneta.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de propostas aceites}}{\text{Número total de propostas efetuadas}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de propostas para análise}}{\text{Número total de propostas efectuadas}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 15 de novembro de 2013, às 15 horas, na sala de reuniões do Sr. Presidente da Câmara Municipal da Ponte de Sor, com duração prevista de 1h30m.

Quadro 6 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.

Projeto de Estágio

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“Atelier de Saúde” Associado à Comemoração de São Martinho
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson. • Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca; • Classificação de depressão e depressão grave.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a capacitação dos idosos da Freguesia da Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, até 16 de novembro de 2013; • Incentivar os idosos da Freguesia de Tramaga a fazerem vigilância da sua tensão arterial e glicémia capilar até 16 de novembro de 2013;
META	<ul style="list-style-type: none"> • 50% de aderentes ao “Atelier de Saúde”; • Avaliar a tensão arterial a 95% dos participantes no “Atelier de Saúde”; • Avaliar a glicémia capilar a 95% dos participantes “Atelier de Saúde”; • Distribuição de informação através de folheto sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis a 80% dos aderentes ao “Atelier de Saúde”; • 50% de respostas com pontuação maior ou igual a 4 ao questionário sobre a importância e interesse do evento.
	<ul style="list-style-type: none"> • “Atelier de Saúde” associado à Comemoração de São Martinho;

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

42

Projeto de Estágio

ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades a desenvolver para o “Atelier de Saúde”: <ul style="list-style-type: none"> - Realização e distribuição de cartaz de divulgação do evento associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga; - Fornecer informações e esclarecimentos individualizados; - Avaliação e registo da tensão arterial aos participantes aderentes; - Avaliação e registo de glicémia capilar aos participantes aderentes; - Realização e distribuição de folhetos informativos alusivos aos problemas identificados adequados em termos de várias literacias (imagem permite compreensão de conteúdo): <ul style="list-style-type: none"> ➤ “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” ➤ “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...”
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias – Tramaga; • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; • Comunidade que participa no evento, não só idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga – Espaço; • Material adequado ao espaço “Atelier de Saúde” (mesas, cadeiras, cavalete, canetas, folhas); • Material inerente às respetivas avaliações (tensão arterial e glicémias capilares, designadamente: aparelho de tensão arterial, aparelho de avaliação de glicémia capilar, lancetas descartáveis, fitas reagentes, luvas, recipiente depósito de cortantes e resíduos grupo III, pensos).
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{N.º de aderentes ao “Atelier de Saúde”}}{\text{N.º total de participantes na Comemoração de São Martinho}} \times 100 =$

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos}}{\text{N.º total de aderentes ao "Atelier de Saúde"}} \times 100 =$ • $\frac{\text{N.º de avaliações de tensão arterial}}{\text{N.º total de aderentes ao "Atelier de Saúde"}} \times 100 =$ • $\frac{\text{N.º de avaliações de glicémia capilar}}{\text{N.º total de aderentes ao "Atelier de Saúde"}} \times 100 =$ • $\frac{\text{N.º total de respostas maiores ou iguais a 4 relativamente à importância}}{\text{N.º total de aderentes ao "Atelier de Saúde"}} \times 100 =$ • $\frac{\text{N.º total de respostas maiores ou iguais a 4 relativamente ao interesse}}{\text{N.º total de aderentes ao "Atelier de Saúde"}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 16 de novembro de 2013, às 20 horas no Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, com duração prevista de 2h30m.

Quadro 7 – Intervenção Comunitária – “Atelier de Saúde” associado à Comemoração de São Martinho.

Projeto de Estágio

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“FÓRUM COMUNITÁRIO”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); • Patologias mais frequentes: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição);
OBJETIVO ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar as Entidades Locais/Concelhias e Comunidade de Tramaga sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia até ao final de dezembro de 2013.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas. • 10% de participação da Comunidade
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar, através de sessão pública às Entidades Locais/Concelhias e Comunidade, os resultados obtidos no diagnóstico de saúde realizado à população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga; • Sensibilizar todos os participantes para as atividades a desenvolver apelando à participação de todos no sentido de colaboração e cooperação;

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • Fórum destina-se a todos os interessados e envolvidos neste Diagnóstico de Saúde, designadamente: Comunidade, Entidades Locais e Concelhias, IPP- ESSP; • Lanche convívio no encerramento do Fórum.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades Convidadas: <ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor); - Padre da Paróquia; - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil); - Centro Saúde de Ponte de Sor; - Segurança Social; - Cruz Vermelha; - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal “Aponte” e “Ecos do Sor”); - Teleassistência: Helpphone; - IPPP- ESSP. • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da

Projeto de Estágio

	<p>Junta de Freguesia de Tramaga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio meios audiovisuais – GNR; • Apoio do Crédito Agrícola de Ponte Sor (pastas)
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas; • Lanche organizado pelo grupo de mestrandas, com espaço/mesas cedido pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor – Sede Tramaga; • Pasta de apoio para registos no Fórum a distribuir pelos participantes convidados, com o apoio do Crédito Agrícola de Ponte de Sor
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de entidades que participaram}}{\text{Número total de entidades convidadas}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de pessoas da comunidade que participaram}}{\text{Número total de pessoas da comunidade}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 29 de novembro de 2013, às 14 horas, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga com duração prevista de 1h30m seguido de lanche.

Quadro 8 – Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”.

Projeto de Estágio

ATIVIDADE A DESENVOLVER	SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “SEGURANÇA DO IDOSO”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Classificação de depressão e depressão grave; • Isolamento da habitação; • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição).
OBJETIVO ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar conhecimentos sobre comportamentos de prevenção de isolamento, insegurança e acidentes domésticos, aos idosos da Freguesia de Tramaga, até 6 de dezembro de 2013;
META	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação da Comunidade; • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas. • Entrega de folhetos informativos alusivos às temáticas apresentadas a 95% dos participantes; • Esclarecimento a 95% das questões levantadas pelos participantes.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” em parceria com GNR e representante da teleassistência domiciliária – Helpphone; • Proporcionar informações sobre comportamentos de prevenção de isolamento, isolamento e acidentes domésticos; • Temáticas a desenvolver na Sessão de Educação para a Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Segurança do idoso - prevenção de quedas e cuidados a ter com o frio (Enfermeiras mestradas); - Segurança dos idosos - cuidado com as burlas (GNR); - Teleassistência Domiciliária, com demonstração de equipamentos (Helpphone).

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • Construção e distribuição de cartaz de divulgação do evento à população, associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga; • Construção e distribuição de folhetos informativos alusivos às temáticas apresentadas (adequados à baixa literacia diagnosticada).
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • GNR; • Helpphone; • União de Freguesias – Tramaga; • Entidades Convidadas: <ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor); - Padre da Paróquia; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil); - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centro Saúde de Ponte de Sor; - Segurança Social; - Cruz Vermelha; - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); - IPPP- ESSP.

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Apoio meios audiovisuais – GNR.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da União de Freguesias – Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas; • Lanche organizado pelo grupo de mestrandas.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de pessoas da comunidade que participaram}}{\text{Número total de pessoas da comunidade}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de entidades que participaram}}{\text{Número total de entidades convidadas}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de panfletos entregues}}{\text{Número total de participantes}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de questões esclarecidas}}{\text{Número total de questões de esclarecimento apresentadas pelos participantes}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 06 de dezembro de 2013, às 14 horas no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com duração prevista de 2 horas, incluindo <i>Coffee break</i>.

Quadro 9 – Intervenção Comunitária – Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.

Projeto de Estágio

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “SABER MAIS, VIVER MELHOR!”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice Comorbilidade de Charlson; • Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca.
OBJETIVO ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a capacitação dos idosos da Freguesia da Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, até 16 de novembro de 2013.
META	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação do artigo nos 2 jornais.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”; • Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação de 2 artigos de informação em meios de comunicação locais; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no “Jornal Aponte”; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “ Sor Saúde”.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Jornal “Aponte”; • Centro de Saúde de Ponte de Sor.
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Jornal “Aponte”;

Projeto de Estágio

RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> $\frac{\text{Número de artigos publicados no Jornal "Aposte"}}{\text{Número total de artigos previstos para publicação}} \times 100 =$ $\frac{\text{Número de artigos publicados no Jornal "Sor Saúde"}}{\text{Número total de artigos previstos para publicação}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> Publicação periódica mensal Jornal "Aposte" – A publicar no mês de dezembro 2013. Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde no mês de dezembro 2013.

Quadro 10 – Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Saber mais, viver melhor!"

Projeto de Estágio

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos com classificação de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e obesidade I (risco moderado de comorbilidade); • Classificação de depressão e depressão grave; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, condição habitacional, alterações da visão e audição); • Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, patologias osteoarticulares, e insuficiência cardíaca; • Idosos vivem sós; • Isolamento da habitação.
OBJETIVO ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a capacitação dos idosos da Freguesia da Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, até 16 de novembro de 2013.
META	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação do artigo nos 2 jornais.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”; • Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação de 2 artigos de informação em meios de comunicação locais; • Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no “Jornal Aponte”;

Projeto de Estágio



	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal Digital do Centro de Saúde da Ponte Sor “Sor Saúde”.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Jornal “Aponte”; • Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Jornal “Aponte”; • Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de artigos publicados no Jornal “Aponte”}}{\text{Número total de artigos previstos para publicação}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de artigos publicados no Jornal “Sor Saúde”}}{\text{Número total de artigos previstos para publicação}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação periódica mensal Jornal “Aponte” – A publicar no mês de janeiro 2014 • Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde mês de janeiro 2014.

Quadro 11 – Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.

Apêndice II – Cronograma de atividades 2013/2014 – Planejamento em Saúde

Projeto de Estágio

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18
Listar problemas e necessidades da população																			
Definir perfis críticos da população																			
Priorizar e hierarquizar necessidades em saúde																			
Definir objetivos de intervenção																			
Selecionar estratégias de intervenção, considerando os recursos necessários e acessíveis																			
Estabelecer contactos formais com entidades locais da comunidade																			
Estabelecer parcerias de intervenção																			
Planear programas e projetos de intervenção																			
Preparar execução das intervenções																			
Envolver a população visada nas intervenções a implementar																			
Promoção e implementação das intervenções planeadas																			
Avaliar programas e projetos de intervenção através da monitorização de indicadores de atividade previamente definidos																			

Legenda:  Fase de Execução  Interrupção escolar

Quadro 12 – Cronograma de atividades – Planeamento em Saúde 2013/2014.

Projeto de Estágio

Apêndice III – Cronograma de Atividades 2013 / 2014 – Intervenções a implementar

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18
Reunião com a GNR																			
Reunião com a Helpphone																			
Reunião com Presidente de União de Freguesias (Tramaga)																			
Reunião com Presidente da Câmara de Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social																			
“Atelier de Saúde” associado à Comemoração de “São Martinho”																			
“Fórum Comunitário”																			
Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”																			
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”																			
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos”																			

Legenda:  Fase de Preparação,  Fase de Execução,  Interrupção escolar

Quadro 13 – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.

Apêndice IV – Questionário: Necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga



QUESTIONÁRIO

Necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga

A

Dados de Identificação Dados Sócio/Demográficos

A1. Sexo

☐ 1.Feminino ☐ 2.Masculino

A2. Idade

_____ anos

A3. Estado civil

☐ 1.Solteiro(a) ☐ 2.Casado(a) ☐ 3.Viúvo(a) ☐ 4.Separado(a)/Divorciado(a) ☐ 5.União de Facto

A4. Nível de escolaridade

☐ 1.Nunca frequentou a escola ☐ 2.Não completou o Ensino Primário ☐ 3.Ensino Primário
☐ 4.Ens. Preparatório ☐ 5.Ensino Secundário ☐ 6.Ensino Profissional ☐ 7.Ensino Universitário

A5. Hábitos tabágicos

5.1 Fuma?

☐ 1.Sim ☐ 2.Não

5.2 Quantos cigarros fuma por dia?

_____ cigarros

A6. Hábitos alcoólicos

6.1 Com que frequência semanal costuma consumir bebidas alcoólicas?

_____ vezes por semana

B

Dados de Identificação Caracterização Sociofamiliar e Económica do Idoso

B1. Quantas pessoas vivem na mesma casa? (contando com o próprio)

_____ pessoas

B2. Com quem vive atualmente?			
	Parentesco	Sexo	Idade
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____

B3. Relações Sociais	
<input type="checkbox"/> 1. Relações sociais com a comunidade local	
<input type="checkbox"/> 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos/amigos	
<input type="checkbox"/> 3. Relações sociais só com a família	
<input type="checkbox"/> 4. Relações sociais só com os vizinhos/amigos	
<input type="checkbox"/> 5. Não sai do domicílio, mas recebe visitas	
<input type="checkbox"/> 6. Não sai do domicílio nem recebe visitas	

B4. Apoio da Rede Social	
4.1 Com que frequência tem apoio familiar?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
4.2 Com que frequência tem apoio de vizinhos/amigos?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
4.3 Com que frequência tem apoio institucional?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre

B5. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?	
<input type="checkbox"/> 1. Com dificuldade <input type="checkbox"/> 2. Razoável <input type="checkbox"/> 3. Muito bem	

C

Dados de Identificação

Situação Habitacional

C1. Localização

- ☐ 1. Localizada na povoação
- ☐ 2. Isolada

C2. Tipo de habitação		
<input type="checkbox"/>	1.Casa unifamiliar	
<input type="checkbox"/>	2.Apartamento/andar	
<input type="checkbox"/>	3.Parte de casa	
<input type="checkbox"/>	4.Alojamentos colectivos	
<input type="checkbox"/>	5.Barraca	
<input type="checkbox"/>	6.Tenda/roulotte	
<input type="checkbox"/>	7.Sem Abrigo	
<input type="checkbox"/>	8.Outras _____	
C3. Número de divisões		
<input type="checkbox"/>	1. Até 2 divisões	
<input type="checkbox"/>	2. 3 divisões	
<input type="checkbox"/>	3. 4 divisões	
<input type="checkbox"/>	4. 5 divisões	
<input type="checkbox"/>	5. Mais de 5 divisões	
C4. Infraestruturas e equipamentos		
<input type="checkbox"/>	1.Electricidade	<input type="checkbox"/> 8.Ar condicionado
<input type="checkbox"/>	2.Água Canalizada	<input type="checkbox"/> 9.Frigorífico
<input type="checkbox"/>	3.Água quente canalizada	<input type="checkbox"/> 10.Fogão
<input type="checkbox"/>	4.Esgotos	<input type="checkbox"/> 11.Máquina de lavar a roupa
<input type="checkbox"/>	5.Fossa	<input type="checkbox"/> 12.Televisor
<input type="checkbox"/>	6.Instalação de gás	<input type="checkbox"/> 13.Telefone / Telemóvel
<input type="checkbox"/>	7.Aquecimento	
C5. Condições de Habitabilidade		
1.Adequada às necessidades?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2.Habitação com humidade?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3.Todas as divisões têm janela?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4.Tem casa de banho completa?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5.Tem banheira?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6.Tem polibam?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7.Tem sanita?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8.Localização da casa de banho?	Dentro <input type="checkbox"/>	Fora <input type="checkbox"/>

C6. Condições de Acessibilidade		
1. Degraus	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Rampas de acesso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Existência de corrimões	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Largura de porta adequada a circulação de cadeira de rodas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Piso antiderrapante	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tapetes antiderrapantes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Iluminação adequada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Circulação sem obstáculos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

D₁	<h2 style="margin: 0;">Avaliação Funcional</h2> <h3 style="margin: 0;">Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody</h3>
----------------------	--

D1.1. Com que frequência sente necessidade de recorrer à ajuda de alguém?	
	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
D1.1.1. Face a essa necessidade, com que frequência tem alguém que o ajude?	
	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
D1.1.2. Face a essa necessidade, quem o/a ajuda com mais frequência? (refeições, cuidar da casa, da roupa, medicação)	
	<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita <input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita <input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 4. Instituição <input type="checkbox"/> 5. Outros _____
D1.1.2.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos

D1.2. Capacidade para usar o telefone:	
<input type="checkbox"/>	1.Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
<input type="checkbox"/>	2.Marca alguns números que conhece bem
<input type="checkbox"/>	3.Atende o telefone mas não marca números
<input type="checkbox"/>	4.Não usa o telefone
D1.3. Fazer compras:	
<input type="checkbox"/>	1.Faz as compras que necessita sozinho
<input type="checkbox"/>	2.Compra sozinho pequenas coisas
<input type="checkbox"/>	3.Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
<input type="checkbox"/>	4.Incapaz de fazer compras
D1.4. Preparar refeições:	
<input type="checkbox"/>	1.Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
<input type="checkbox"/>	2.Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
<input type="checkbox"/>	3.Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
<input type="checkbox"/>	4.Necessita de refeições preparadas e servidas
D1.5. Cuidar da casa:	
<input type="checkbox"/>	1.Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")
<input type="checkbox"/>	2.Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
<input type="checkbox"/>	3.Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
<input type="checkbox"/>	4.Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
<input type="checkbox"/>	5.Não participa em nenhuma tarefa doméstica
D1.6. Lavar a roupa:	
<input type="checkbox"/>	1.Lava toda a sua roupa
<input type="checkbox"/>	2.Lava pequenas peças de roupa
<input type="checkbox"/>	3.É incapaz de lavar a sua roupa
D1.7. Modo de transporte:	
<input type="checkbox"/>	1.Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
<input type="checkbox"/>	2.Não usa transportes públicos, exceto táxi
<input type="checkbox"/>	3.Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
<input type="checkbox"/>	4.Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
<input type="checkbox"/>	5.Incapaz de se deslocar
D1.8. Responsabilidade pela própria medicação:	
<input type="checkbox"/>	1.Toma a medicação nas doses e horas corretas
<input type="checkbox"/>	2.Toma a medicação se preparada e separada por outros
<input type="checkbox"/>	3.É incapaz de tomar a medicação

D1.9. Habilidade para lidar com o dinheiro:

- ☐ 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- ☐ 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores
- ☐ 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

D₂

Avaliação Funcional

Escala de Atividades de Vida Diária. Índice de Katz

D2.1. Lavar-se

- ☐ 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- ☐ 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- ☐ 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2.1.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?

- ☐ 1. Familiar que coabita
- ☐ 2. Familiar que não coabita
- ☐ 3. Amigo/Vizinho
- ☐ 4. Instituição
- ☐ 5. Outros _____

D2.1.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?

_____ anos

D2.2. Vestir-se

- ☐ 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- ☐ 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- ☐ 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D2.2.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?

- ☐ 1. Familiar que coabita
- ☐ 2. Familiar que não coabita
- ☐ 3. Amigo/Vizinho
- ☐ 4. Instituição
- ☐ 5. Outros _____

D2.2.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?

_____ anos

D2.3. Utilizar a sanita	
<input type="checkbox"/>	1.Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda
<input type="checkbox"/>	2.Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
<input type="checkbox"/>	3.Não consegue utilizar a sanita
D2.3.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1.Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2.Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3.Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4.Instituição
<input type="checkbox"/>	5.Outros _____
D2.3.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.4. Mobilizar-se	
<input type="checkbox"/>	1.Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
<input type="checkbox"/>	2.Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
<input type="checkbox"/>	3.Não se levanta da cama
D2.4.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1.Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2.Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3.Amigo/vizinho
<input type="checkbox"/>	4.Instituição
<input type="checkbox"/>	5.Outros _____
D2.4.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.5. Ser continente	
<input type="checkbox"/>	1.Controla completamente os esfínteres, anal e vesical, não tendo perdas
<input type="checkbox"/>	2.Tem incontinência ocasional
<input type="checkbox"/>	3.É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância
D2.5.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1.Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2.Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3.Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4.Instituição
<input type="checkbox"/>	5.Outros _____

D2.5.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.6. Alimentar-se	
	<input type="checkbox"/> 1. Come sem qualquer ajuda <input type="checkbox"/> 2. Precisa de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão <input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda
D2.6.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
	<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita <input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita <input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 4. Instituição <input type="checkbox"/> 5. Outros _____
D2.6.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos

E	Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)
---	--

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Põe de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12. Sente-se inútil?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14. Sente que para si não há esperança?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

F**Indicadores de Risco Geriátrico****F1. Distúrbios nutricionais**

1. Tem comido pior por falta de apetite? Sim ☐ Não ☐
2. Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses? Sim ☐ Não ☐
- 2.1. Se sim, quanto? _____ Kg
3. Avaliação Antropométrica
1. Peso _____ kg 2. Altura _____ metros 3. IMC _____ 4. Perímetro abdominal _____ cm

F2. Polifarmácia

1. Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento?
(Incluindo medicamentos de venda livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)
- _____

F3. Quedas

1. Teve alguma queda nos últimos 6 meses? Sim ☐ Não ☐
2. Tem medo de cair?
- ☐ 1. Nunca ☐ 2. Raramente ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Sempre
3. Deixou de fazer alguma das suas atividades habituais por causa desse medo? Sim ☐ Não ☐

F4. Incontinência urinária

1. Alguma vez teve perda de urina quando não estava a contar? Sim ☐ Não ☐
2. Alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não conseguir chegar a tempo ao W.C.? Sim ☐ Não ☐
3. Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço? Sim ☐ Não ☐

F5. Obstipação

1. Tem problemas de obstipação ("intestino preso")? Sim ☐ Não ☐

F6. Distúrbios sensoriais

1. Acha ou sente que tem algum problema de audição? Sim ☐ Não ☐
2. Resultado Teste de Susurro Sim ☐ Não ☐
3. Acha ou sente que tem algum problema de visão? Sim ☐ Não ☐
4. Resultado Teste de Jaeger Sim ☐ Não ☐

F7. Distúrbios do sono

1. Sente-se sonolento durante o dia? Sim ☐ Não ☐
2. Está satisfeito com o seu sono? Sim ☐ Não ☐

G

Índice de Comorbilidade de Charlson

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Enfarte do Miocárdio | <input type="checkbox"/> 11. Hemiplegia |
| <input type="checkbox"/> 2. Insuficiência Cardíaca | <input type="checkbox"/> 12. Insuficiência Renal Crônica Moderada/Severa |
| <input type="checkbox"/> 3. Doença Arterial Periférica | <input type="checkbox"/> 13. Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo |
| <input type="checkbox"/> 4. Doença Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> 14. Tumor ou Neoplasia Sólida |
| <input type="checkbox"/> 5. Demência | <input type="checkbox"/> 15. Leucemia |
| <input type="checkbox"/> 6. Doença Respiratória Crônica | <input type="checkbox"/> 16. Linfoma |
| <input type="checkbox"/> 7. Doença do Tecido Conjuntivo | <input type="checkbox"/> 17. Hepatopatia Crônica Moderada/Severa |
| <input type="checkbox"/> 8. Úlcera Gastroduodenal | <input type="checkbox"/> 18. Tumor ou Neoplasia |
| <input type="checkbox"/> 9. Hepatopatia Crônica Leve | <input type="checkbox"/> 19. Sida definida |
| <input type="checkbox"/> 10. Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> 20. Outros _____ | |

H

Utilização de Serviços (últimos 6 meses)

H1. Aproximadamente, quantas vezes recorreu ao Centro de Saúde?

_____ vezes

H1.1 Habitualmente, quais os serviços do Centro de Saúde que procura?

1. Serviço Médico

☐ 1. Nunca ☐ 2. Raramente ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Sempre

2. Serviço de Enfermagem

☐ 1. Nunca ☐ 2. Raramente ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Sempre

3. Serviço Administrativo

☐ 1. Nunca ☐ 2. Raramente ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Sempre

4. Serviço de outros Técnicos

☐ 1. Nunca ☐ 2. Raramente ☐ 3. Algumas vezes ☐ 4. Muitas vezes ☐ 5. Sempre

H1.2 Aproximadamente, quantas vezes recebeu cuidados de Enfermagem?

_____ vezes

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 6 meses e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

H2. Cuidados de Saúde (exercidos por serviço profissional)	
	<p>1.Terapias respiratórias</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Oxigénio <input type="checkbox"/> 2.Nebulizações <input type="checkbox"/> 3.Ventilação não-invasiva (BIPAP/ CPAP)</p> <p>2.Cuidados e tratamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Administração terapêutica intramuscular ou subcutânea <input type="checkbox"/> 2.Administração terapêutica endovenosa</p> <p><input type="checkbox"/> 3.Úlceras de pressão <input type="checkbox"/> 4.Úlceras de perna <input type="checkbox"/> 5.Feridas cirúrgicas <input type="checkbox"/> 6.Escoriações</p> <p><input type="checkbox"/> 7.Mudança de sonda vesical <input type="checkbox"/> 8.Mudança de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> 9.Colheita de sangue</p> <p><input type="checkbox"/> 10.Outros: _____</p> <p>3.Vacinação <input type="checkbox"/></p> <p>4.Monitorização e vigilância de Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Diurese <input type="checkbox"/> 2.Tensão Arterial <input type="checkbox"/> 3.IMC <input type="checkbox"/> 4.Glicémia capilar <input type="checkbox"/> 5.Vigilância do pé diabético</p> <p>5.Cuidados de ostomia</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Traqueostomia <input type="checkbox"/> 2.Gastrostomia percutânea <input type="checkbox"/> 3.Colostomias <input type="checkbox"/> 4.Nefrostomias</p> <p>6.Tratamentos programados</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Diálise <input type="checkbox"/> 2.Quimioterapia <input type="checkbox"/> 3.Radioterapia</p> <p>7.Programas de tratamento de álcool/drogas <input type="checkbox"/></p> <p>8.Programas de educação para a saúde <input type="checkbox"/></p>
H3. Terapias de Saúde	
	<p><input type="checkbox"/> 1.Fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> 2.Outros _____</p>
H4. Serviços Sociais	
	<p><input type="checkbox"/> 1. Serviço de Apoio Domiciliário</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Centro de Dia/Convívio</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Outros _____</p>

Notas de Campo

Apêndice V – Cartaz de divulgação do “Atelier de Saúde”



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE PORTALEGRE
3º CURSO MESTRADO ENFERMAGEM
ESPECIALIDADE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Atelier de Saúde” associa-se à Comemoração do São Martinho

**16 de
novembro
pelas
20h00m na
Tramaga**



Enfermeiras:

Aline Jordão

M.^a Helena Pires

M.^a Rosário Semedo

Nélia Lourenço

Susana Simões



**Venha ter
connosco avaliar a sua
Tensão Arterial e a sua
Glicémia Capilar**

Esperamos por si para
esclarecer as suas dúvidas!



Apêndice VI – Plano de Sessão “Atelier de Saúde”

Plano de Sessão “Atelier de Saúde”

TEMA: “Atelier de Saúde” associado à Comemoração de São Martinho.	LOCAL: Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga.	DATA/HORA: 16/11/2013 20:00 Horas
GRUPO DESTINATÁRIO: - Comunidade em Geral, com especial relevância à população com 65 ou mais anos.	GRUPO DE TRABALHO: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões. PRELETORES: Helena Pires, Nélia Lourenço e Susana Simões.	DURAÇÃO: 150 minutos
<p>OBJETIVOS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga; - Promover a capacitação da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis. 		
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, até 31 de janeiro de 2014; - Informar os idosos da Freguesia de Tramaga sobre a adoção de medidas preventivas de hipertensão arterial e diabetes, até 31 de janeiro de 2014; - Incentivar os idosos da Freguesia de Tramaga a fazerem vigilância da sua tensão arterial e glicémia capilar até 31 de janeiro de 2014. 		

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de Grupo de Trabalho e Preletores; - Apresentação dos objetivos do evento; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação do evento. 	Interativo	Comunicação	<p>Helena Pires</p> <p>Nélia Lourenço</p> <p>Susana Simões</p>
Desenvolvimento	110 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Informação e aconselhamento personalizado / individualizado sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; - Monitorização da tensão arterial; - Monitorização da glicémia capilar; - Entrega de folhetos informativos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> • “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” • “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...” 	Interativo	<p>Comunicação/</p> <p>Aparelho de</p> <p>avaliação de tensão</p> <p>arterial e</p> <p>glicómetro/</p> <p>Registo de</p> <p>parâmetros/</p> <p>Folhetos</p> <p>informativos</p>	<p>Helena Pires</p> <p>Nélia Lourenço</p> <p>Susana Simões</p>
Conclusão e Avaliação	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de duas questões: a) Como classifica este evento em termos de importância? 	Interativo	<p>Comunicação/</p> <p>Questionário/</p>	<p>Helena Pires</p> <p>Nélia Lourenço</p>

		<p>1- Sem qualquer importância</p> <p>2- Com pouca importância</p> <p>3- Indiferente</p> <p>4- Com razoável importância</p> <p>5- Com muita importância</p> <p>b) Como classifica o interesse em participar nestas iniciativas?</p> <p>1- Sem qualquer interesse</p> <p>2- Com pouco interesse</p> <p>3- Indiferente</p> <p>4- Com razoável interesse</p> <p>5- Muito Interesse</p> <p>- Convívio no evento cultural.</p>		Convívio	Susana Simões
--	--	---	--	----------	---------------

Quadro 13 – Plano de Sessão “Atelier de Saúde”

Apêndice VII – Folheto informativo “Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...”

COMO SE TRATA A DIABETES?



Alimentação Adequada

(efetuar entre 5 e 6 refeições pouco abundantes e repartidas de 3 em 3 horas, evitar mais de 8 horas de jejum noturno)



Exercício Físico regular

(mínimo meia hora por dia)



Medicação

(respeitando a toma dos comprimidos indicada pelo médico)

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>

CUIDADOS ESPECIAIS



Cuidados de higiene diária, com especial atenção aos pés e boca

(banho pouco prolongado, com sabão neutro e temperatura de água morna – risco de queimadura por falta de sensibilidade)



Monitorizar com regularidade a glicémia com máquina de leitura individual

(informe-se junto do seu enfermeiro(a) do Centro de Saúde Local)

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^a Helena Pires
- ☺ M^a Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões



**INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE**



APRENDER....

CORRIGIR....

MELHORAR....

**Novembro
2013**

O QUE É A DIABETES



É uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (glicémia).

Valor de referência em jejum (mg/dl):

- Normal: 70 a 100
- Pré-diabetes: 100 a 126
- Diabetes: superior 126

Valor de referência 2 horas após refeição (mg/dl):

- Normal: 70-140
- Pré-diabetes: 140-200
- Diabetes: superior 200

(<http://portaldadiabetes.pt/index.php/pt/valores-de-referencia>)

QUEM ESTÁ EM RISCO DE SER DIABÉTICO?



Há grupos de risco com maiores probabilidades de se tornarem diabéticos:

- Pessoas com familiares diretos com diabetes;
- Obesidade;
- Hipertensão arterial (tensão arterial elevada);
- Hipercolesterolemia (colesterol elevado);
- Mulheres que tiveram diabetes na gravidez;
- Crianças nascidas com peso superior a 4Kg.
- Doentes com problemas no pâncreas ou doenças endócrinas.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS TÍPICOS DA DIABETES NOS ADULTOS?

Quando existem alterações, podem surgir alguns sintomas:

- Urinar em grande quantidade e muitas mais vezes, especialmente durante a noite;
- Sede constante e intensa;
- Fome constante e difícil de saciar
- Fadiga;
- Comichão no corpo, designadamente nos órgãos genitais;
- Visão turva.

Todas as pessoas em risco devem fazer análises.

COMO SE DIAGNOSTICA A DIABETES?

Se sentir alguns ou vários dos sintomas deve consultar o médico do centro de saúde da sua área de residência.

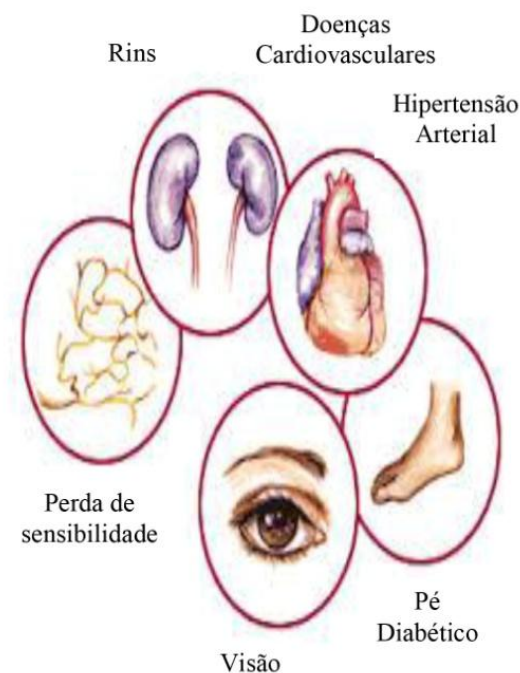
O Diagnóstico é possível através de análises ao sangue e à urina.



COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DIABETES

A diabetes nos adultos é uma doença silenciosa que se pode desenvolver sem sintomas durante muitos anos, motivo pelo qual pode passar despercebida.

Os sintomas surgem com maior intensidade quando a glicémia está muito elevada. E, nestes casos, podem já existir complicações:



Apêndice VIII – Folheto informativo “Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável “

TOMAR CORRETAMENTE OS MEDICAMENTOS PARA A HIPERTENSÃO



Os medicamentos para a hipertensão arterial são eficazes quando tomados com regularidade.

É necessário que não se esqueça de os tomar e de seguir com cuidado as recomendações dadas pelo seu médico.

Pelo fato de tomar os medicamentos para controlar a tensão arterial não significa que não precisa de alterar os hábitos de vida mencionados.

Deve assim começar por desenvolver hábitos de vida saudáveis, e se o seu médico prescrever medicação para a hipertensão arterial aliar ambos para o sucesso de controlo da tensão arterial, e deste modo contribuir para o seu bem-estar e saúde.



Caso tenha dúvidas sobre a toma de medicamentos, deverá pedir informação e orientação a um profissional de saúde (por exemplo no seu Centro de Saúde).



Realizado pelas Enfermeiras
mestradas em Enfermagem –
Especialidade em Enfermagem
Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^a Helena Pires
- ☺ M^a Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



CONSELHOS ÚTEIS PARA ENFRENTAR A **HIPERTENSÃO ARTERIAL** COM UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



Novembro
2013

REDUZIR CONSUMO DE SAL



Reduzir progressivamente o uso de sal e os condimentos que contêm sódio (ketchup, molhos, mostarda, etc.).

Aromatizar os alimentos com ervas aromáticas.

SEGUIR REGIME ALIMENTAR ADEQUADO



Optar por regime alimentar equilibrado:

- Baixo teor de gorduras e colesterol, optar por azeite virgem
- Optar por leite magro, iogurte, queijo fresco e carnes brancas (aves, coelho).



- Evite o consumo de queijos curados, leite gordo, natas, manteigas, carnes gordas, enchidos, fumados.
- Aumente o consumo de peixe (grelhado ou cozido), fruta, verduras, legumes e cereais.
- Beba cerca de 1,5L de água por dia.

MANTER UM PESO CORPORAL ADEQUADO



Reduzir o peso de forma progressiva, combinando o regime alimentar saudável e atividade física regular.



Deve também medir a sua cintura periodicamente, se mulher deve ser inferior a 88 cm, e se homem inferior a 102 cm.

FAZER EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE



É muito importante praticar pelo menos 30 minutos de atividade física diária.

Exercícios mais indicados:

- Caminhar
- Nadar
- Andar de bicicleta
- Frequentar espaços tipo ginásios para prática de exercícios adequados à idade e limitações (grupos).



Movimente-se mais todos os dias, andar a pé, subir e descer escadas, realizar pequenos trabalhos domésticos, dentro das suas possibilidades.

DEIXAR DE FUMAR



A ocorrência de complicações cardiovasculares nos fumadores hipertensos é 2 a 3 vezes superior em relação aos não fumadores.

A cessação tabágica é uma medida muito eficaz na redução do risco de problemas cardiovasculares (AVC, Trombose, enfarte, etc.)

BEBIDAS ALCOÓLICAS COM MODERAÇÃO



As bebidas alcoólicas apenas se devem beber moderadamente, isto é, no máximo um copo por dia (copo de mesa pequeno) e durante as refeições.



A preferência deverá ser bebida de baixo teor alcoólico como é exemplo vinho ou cerveja.

Apêndice IX – Folha de registo de dados e movimento do “Atelier de Saúde”



“Atelier de Saúde”

Folha de registo de dados e movimento



Comemorações de São Martinho na Freguesia de Tramaga

16 de novembro de 2013

- **Sexo**

F = Feminino M = Masculino

- **Informações** (pediu ou recebeu informações/esclarecimentos?)

✓ = Sim

✗ = Não

① - Classifique de 1 a 5 a importância que atribui a esta iniciativa:

- 1- Sem importância
- 2- Pouco importante
- 3- Alguma importância
- 4- É importante
- 5- É muito importante

② - Classifique de 1 a 5 o seu interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde:

- 1- Não estou interessado(a)
- 2- Estou pouco interessado(a)
- 3- Tenho algum interesse
- 4- Estou interessado(a)
- 5- Estou muito interessado(a)

Nº	Sexo	Idade	TA (mmHg)	Dx (mg/dl)	Informações	①-Importância	②-Interesse

Apêndice X – Fotografias da atividade “Atelier de Saúde” realizada a 16 de novembro de 2013



Figura 4 - Foto da adesão ao “Atelier de Saúde”



Figura 5 - Foto de participantes no “Atelier de Saúde”

Apêndice XI – Convite à População para o “Fórum Comunitário”



Convíte à População

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar toda a população a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.



Apêndice XII – Convite às Entidades Locais/Concelhias para o “Fórum Comunitário”



Convite

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar vossa Excelência a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.

————— ○ —————



Apêndice XIII – Plano de Sessão do “Fórum Comunitário”

Plano de Sessão “Fórum Comunitário”

TEMA: “Fórum Comunitário”	LOCAL: Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga	DATA/HORA: 29/11/2013 14:00 Horas
GRUPO DESTINATÁRIO: - Entidades Locais / Concelhias; - Comunidade em Geral, com especial relevância à população com 65 ou mais anos	GRUPO DE TRABALHO: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões. PRELETORES: Helena Pires, Nélia Lourenço e Susana Simões.	DURAÇÃO: 120 minutos
OBJETIVO GERAL: - Promover a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga.		
OBJETIVO ESPECÍFICO: - Informar as Entidades Locais/Concelhias e Comunidade de Tramaga sobre os principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia, até ao final de dezembro de 2013.		

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; - Entrega de pastas para apoio a registos; - Apresentação dos objetivos; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão, avaliação do <i>Fórum</i> e convívio com <i>coffee break</i>. 	Expositivo	Datashow Powerpoint/ Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde; - Informar sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver apelando à participação de todos no sentido a colaboração e cooperação. 	Expositivo Interativo	Datashow Powerpoint/ Comunicação /Discussão	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Conclusão e Avaliação	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Debate aberto a todos os participantes permitindo deste modo o esclarecimento de todas questões que surjam; - Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de <i>coffee break</i>. 	Interativo	Discussão/ Convívio- <i>coffee break</i>	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

Quadro 14 – Plano de Sessão “Fórum Comunitário”

Apêndice XIV – Diapositivos em *powerpoint* apresentados no “Fórum Comunitário”



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS DA FREGUESIA DE TRAMAGA

Elaborado por : Aline Jordão; Maria Helena Pires; Maria Rosário Semedo; Nélia Lourenço; Susana Simões

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

29 de Novembro de 2013

A Enfermagem e a Comunidade

- A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde.

Em Portugal

- 10 047 083 habitantes
- Índice de envelhecimento = 128 (em cada 100 jovens existem 128 idosos)
- 19% da população tem 65 ou mais anos (21% até 2020)
- 79,38 anos para a esperança média de vida:
 - ‡ 59,3 anos sem limitações
 - ‡ 56,6 anos sem limitações

No Alentejo

- 24% tem 65 ou mais anos, em que a maioria tem mais de 75 anos.

(PNS 2012-2016: 23)

Porquê aqui?

- Pertence a uma das regiões mais envelhecidas do país, e ao 3º concelho mais populado do distrito.
- Para desviar as atenções académicas para outra população onde este tipo de estudo não havia sido realizado.
- Pelo nº médio de residentes com 65 ou mais anos (350 pessoas).
- Por ser uma das freguesias mais jovens.
- Outros aspectos facilitadores.

Localidade
de
TRAMAGA

Objetivo Geral



Identificar as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Objetivos Específicos

- ➡ Caracterizar as condições sociofamiliares e económicas da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga;
- ➡ Avaliar física e funcionalmente os idosos inquiridos ao nível das Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias, assim como o risco associado à idade;
- ➡ Avaliar sintomas depressivos nos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Metodologia

- Estudo Exploratório e Descritivo.
- População Alvo : **todos** os idosos com 65 ou mais anos pertencentes à Freguesia de Tramaga = 350 pessoas.
- Colheita de dados porta-a-porta, com preenchimento de questionário.



CrITÉrios de Inclusão

Ter 65 ou mais anos à data de aplicação do questionário

Ser recenseado na freguesia de Tramaga

Estar presente na sua residência durante o período selecionado para o estudo

Aceitar participar no estudo

290 idosos = 82,86% da população alvo

Instrumento de Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO

Recenseamento da saúde da população com idade 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga

A Dados de Identificação
Dados Sociodemográficos

61. Sexo
☐ Masculino ☐ Feminino

62. Idade
____ anos

63. Estado civil
☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúva

64. Moradia
☐ Casa própria ☐ Casa de aluguer ☐ Casa de família ☐ Casa de férias ☐ Casa de saúde ☐ Casa de repouso ☐ Casa de cuidados continuados ☐ Casa de cuidados paliativos

65. Habitação
☐ Própria ☐ Alugada ☐ Alugada com contrato ☐ Alugada sem contrato ☐ Alugada com contrato ☐ Alugada sem contrato

66. Estado civil
☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúva

67. Estado civil
☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúva

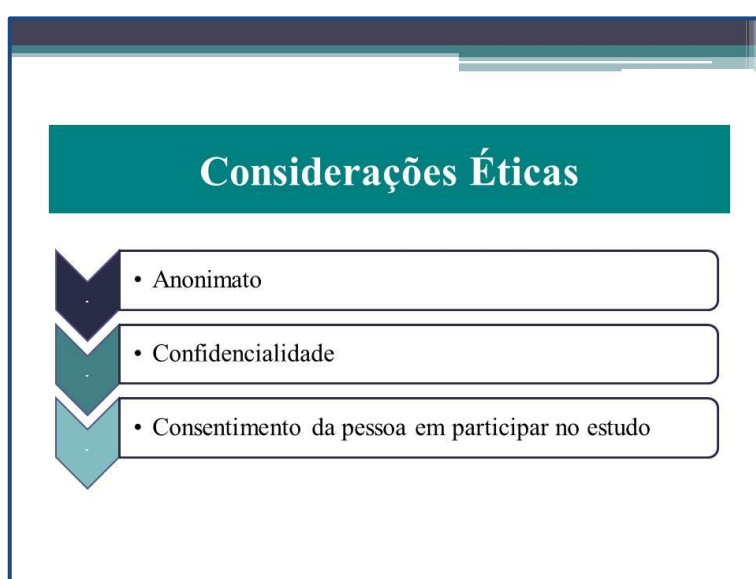
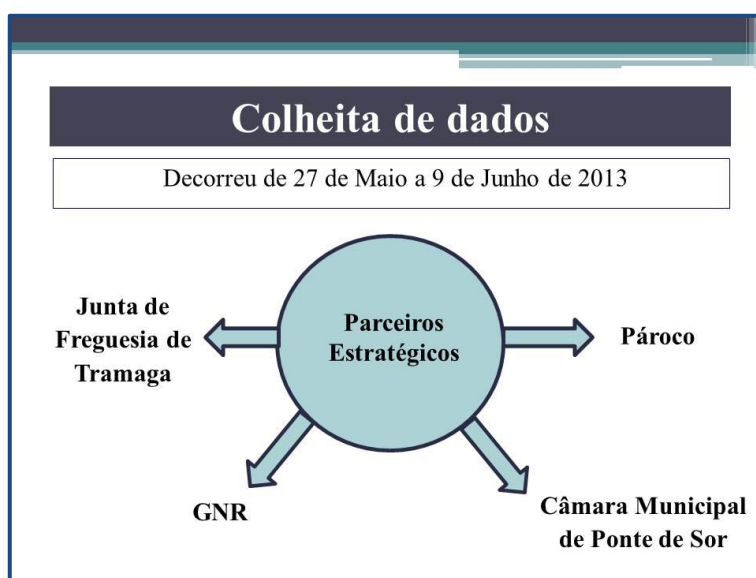
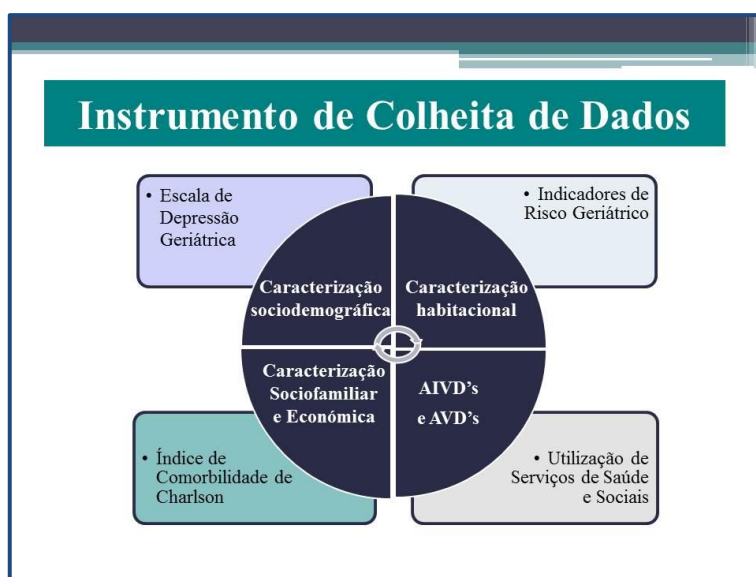
68. Estado civil
☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúva

69. Estado civil
☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúva

B Dados de Identificação
Caracterização Sociodemográfica e Económica do Idoso

70. Quanto tempo vive na mesma casa? (contando com a família)

____ anos

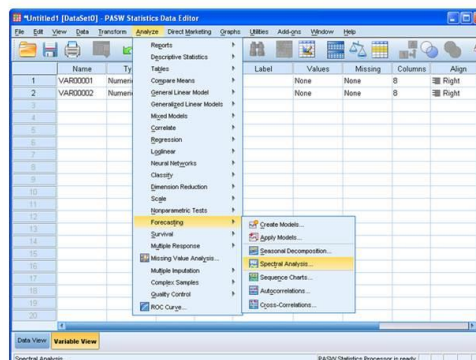


Apresentação e Análise dos Resultados



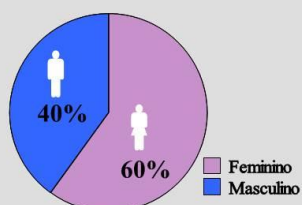
• Tratamento de Dados •

Programa estatístico SPSS^R

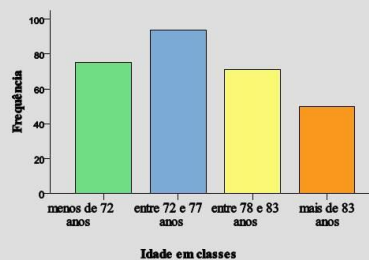


• Caracterização Sociodemográfica •

Sexo

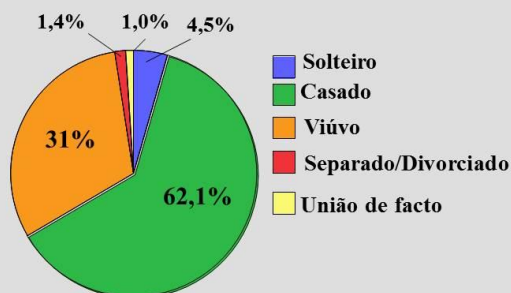


Idade



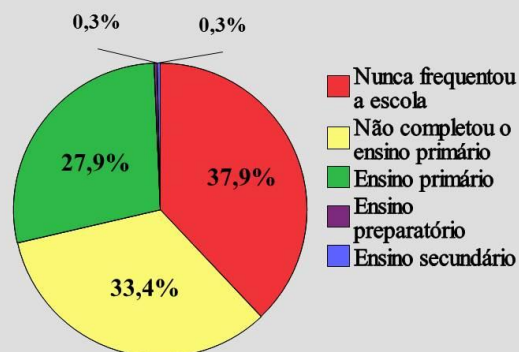
• Caracterização Sociodemográfica •

Estado Civil



• Caracterização Sociodemográfica •

Escolaridade



• Caracterização Sociodemográfica •

Hábitos Tabágicos



96,2% não fuma

Hábitos Etílicos

- 76,2% não ingere bebidas alcoólicas;
- 6,2% ingere bebidas alcoólicas 7 vezes por semana;
- 7,9% ingere bebidas alcoólicas 14 vezes por semana.

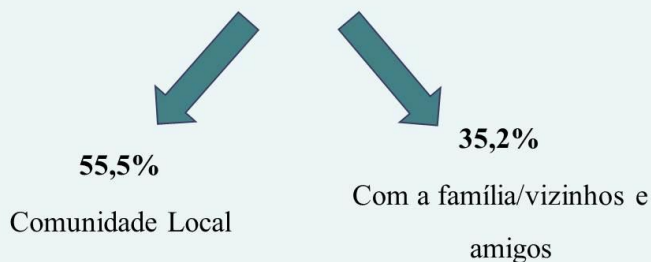
• Caracterização Sociofamiliar •

Com quem vive o idoso ?

- 25,5% dos idosos vivem sozinhos
- 52,1% vivem com outra pessoa na mesma casa
 - 82,9% vivem com o cônjuge
 - 14,3% vivem com o filho
- 22,3% vivem com mais de 2 pessoas

• Caracterização Sociofamiliar •

Relações Sociais



• Caracterização Sociofamiliar •

Apoio Familiar

- 42,1% tem apoio algumas vezes
- 22,8% tem apoio muitas vezes

Apoio Institucional

- 63,1% nunca tem apoio
- 6,9% tem sempre apoio

43,4% tem apoio dos vizinhos/amigos algumas vezes

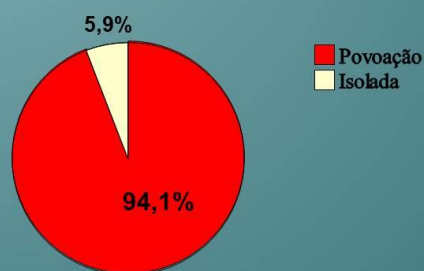
• Caracterização Económica •

- 66,9% refere que os rendimentos cobrem com dificuldade as suas necessidades.
- 32,4% refere que os rendimentos cobrem razoavelmente as suas necessidades.



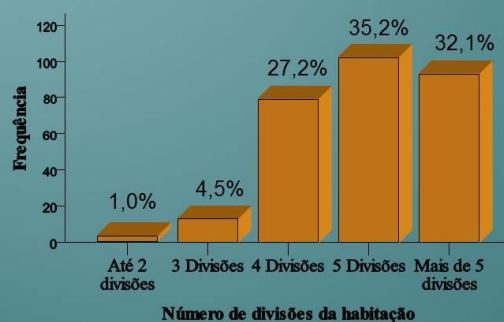
• Caracterização Habitacional •

Localização da habitação



• Caracterização Habitacional •

Número de divisões





• Caracterização Habitacional

- 99,7% possui eletricidade e água canalizada
- 17,2% das habitações têm fossa
- 12,4% não tem telefone/telemóvel
- 48,3% das habitações têm humidade
- 40% das habitações têm poliban
- 9,7% tem casa de banho fora da habitação



• Caracterização Habitacional

- 35,5% das habitações têm degraus
- 91,7% das habitações não possui rampas de acesso
- 35,2% não possui piso antiderrapante na habitação
- 32,8% tem obstáculos nas zonas de circulação

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

▪ **Sentem** necessidade de recorrer à ajuda de alguém:

- Algumas vezes = 36,9% (107)
- Muitas vezes = 21,4% (62)
- Sempre = 7,6% (22)

▪ **Têm** alguém que os ajude:

- Algumas vezes = 13,3% (35)
- Muitas vezes = 24,7% (65)
- Sempre = 53,2% (140)

▪ **Quem ajuda** com mais frequência:

- Familiar que coabita = 40,8% (106)
- Familiar que não coabita = 52,3% (136)
- Instituição = 3,5% (9)

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- 24,5% são dependentes nas AIVD's
- 75,5% são independentes nas AIVD's
- Há mais idosos dependentes no sexo masculino (39,4%) do que no sexo feminino (14,7%)
- Os idosos mais independentes são mais jovens
- A partir dos 83 anos os idosos são mais dependentes

Índice de Katz

- 57,1% são independentes em todas as Atividades de Vida Diárias
- 5,9% são dependentes em todas as Atividades de Vida Diárias
- Nas classes etárias mais avançadas observamos valores do Índice de Katz mais elevados
- São os familiares que coabitam com os idosos a grande ajuda em todas as AVD's, seguindo-se os familiares que não coabitam e instituições

Escala de Depressão Geriátrica

- 46,3% dos inquiridos não apresenta sinais de depressão/risco de depressão
- 31,9% revela sinais de depressão
- 21,8% revela sinais de depressão grave

Escala de Depressão Geriátrica

- **Sem depressão**/risco de depressão
 - 54,5% sexo masculino
 - 41% sexo feminino
- **Depressão**
 - 37% sexo feminino
 - 24,1% sexo masculino
- **Depressão grave**
 - 22% sexo feminino
 - 21,4% sexo masculino



Índice de Massa Corporal

- **42,0%** encontra-se em pré-obesidade, com risco aumentado de comorbilidade
- **23,8%** encontra-se na variação normal, sendo o risco de comorbilidade médio
- **23,1%** encontra-se em risco moderado de comorbilidade – obesidade classe I
- **8,2%** em risco grave de comorbilidade – obesidade classe II

Perímetro Abdominal



93,4% dos inquiridos do sexo **feminino** encontra-se em risco muito elevado de comorbilidade de acordo com o perímetro abdominal

69,7% dos inquiridos do sexo **masculino** encontra-se em risco muito elevado de comorbilidade de acordo com o perímetro abdominal

Polimedicção



- **4,5%** não toma nenhum medicamento
- **6,2%** toma entre 10 a 14 medicamentos
- **27,1%** precisa de ajuda para preparar, separar e/ou tomar a medicação
- A moda = **4** medicamentos
- A média = **4,92** medicamentos

Quedas

- **31,4%** refere ter caído nos últimos 6 meses
- **48,6%** dos idosos refere ter deixado de fazer algumas atividades com medo de cair
- Tendência para as mulheres apresentarem mais quedas que os homens
- Uma menor capacidade de mobilização encontra-se associada à existência de quedas

Eliminação Vesical e Intestinal

- **41,0%** dos inquiridos referiu que já teve perdas de urina quando não estava a contar
- **35,5%** afirmou ter problemas de obstipação


Audição e Visão


37,6% afirma ter problemas de audição



58,6% afirma ter problemas de visão

Sono

 **37,6%** sente-se sonolento durante o dia

 **25,5%** refere que não está satisfeito com o seu sono

Índice de Comorbilidade de Charlson

► O Índice de Comorbilidade de Charlson permite conhecer as patologias e medir o risco de mortalidade.

- **89,7%** apresenta comorbilidade severa
- **10,3%** apresenta comorbilidade moderada

Principais Patologias



75,2% apresenta Hipertensão Arterial

42,1% apresenta Dislipidémia

24,1% apresenta Patologias
Osteoarticulares e Reumatológicas

24,1% apresenta Diabetes

23,1% apresenta Insuficiência Cardíaca

Utilização de Serviços

(últimos 6 meses)

- 12,5% não recorreu **nenhuma** vez ao Centro de Saúde
- 21,2% recorreu **1 vez** ao Centro de Saúde
- 26,7% recorreu **2 vezes** ao Centro de Saúde

Utilização de Serviços Enfermagem

(últimos 6 meses)

- 45,8% procurou “algumas vezes” os Serviços de Enfermagem
- 4,5% “nunca” procurou os Serviços de Enfermagem
- 29,9% recebeu 1 vez Cuidados de Enfermagem
- 27,4% recebeu 2 vezes Cuidados de Enfermagem

Cuidados de Saúde



- **18,8%** recorreu à administração de terapêutica intramuscular ou subcutânea
- **29,65%** recorreu à vacinação
- **86,8%** fez monitorização e vigilância de tensão arterial
- **20,2%** fez monitorização de glicémia capilar

Utilização de Serviços Sociais (últimos 6 meses)

4,2% recorreu ao apoio domiciliário

20,5% recorreu ao Centro de dia/convívio

Conclusões

Conclusões

- Taxa elevada de iliteracia
- Rendimentos cobrem as necessidades com dificuldade
- Solidão do idoso (viver só)
- Idosos com pré obesidade e obesidade I
- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade nos 2 sexos
- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, doenças osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca

Conclusões

- Depressão e depressão grave
- Maioria afirma ter problemas de visão
- Polimedicação do idoso
- A maioria consegue lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se sozinho
- Os principais cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também eles são idosos



**Obrigada
pela
vossa
atenção!**





Dúvidas?



Obrigada pela vossa presença !

Apêndice XV – Fotografias do “Fórum Comunitário” realizado a 29 de novembro de 2013



Figura 6 – Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga



Figura 7 – Foto dos presentes no “Fórum Comunitário” no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga



Figura 8 – Momento de esclarecimento de dúvidas após a apresentação



Figura 9 – Lanche convívio no final do “Fórum Comunitário”

Apêndice XVI – Convite às Entidades Locais/Concelhias para a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”

CONVITE

Sessão de Esclarecimento



A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.

Temas:

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem) / Segurança do idoso (GNR)
Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)



**Apêndice XVII – Convite à População para a Sessão de Educação para a Saúde
“Segurança do Idoso”**

CONVITE

Sessão de Esclarecimento

▲▲▲

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.



Temas:

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem)

Segurança do idoso (GNR)

Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)

Apêndice XVIII – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”

Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”

TEMA: “Segurança do Idoso”	LOCAL: Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga.	DATA/HORA: 06/12/2013 14:00 Horas
GRUPO DESTINATÁRIO: - Entidades Locais / Concelhias convidadas - Comunidade em Geral, com especial relevância à população com 65 ou mais anos	GRUPO DE TRABALHO: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões em parceria com Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor e Teleassistência Domiciliária Helpphone. PRELETORES: Helena Pires, Susana Simões, elemento da GNR e representante da Helpphone.	DURAÇÃO: 120 minutos
OBJETIVOS GERAIS: - Promover a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga; - Promover a capacitação da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis.		
OBJETIVO ESPECÍFICO: - Maximizar conhecimentos sobre comportamentos de prevenção de isolamento, insegurança e acidentes domésticos, dos idosos da Freguesia, até 31 de janeiro de 2014.		

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; - Entrega de pastas para apoio a registos; - Apresentação dos objetivos da Sessão; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação da Sessão com incentivo ao convívio. 	Expositivo	Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	75 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Informação útil para o dia-a-dia em segurança, nas temáticas: <ul style="list-style-type: none"> . Prevenção de acidentes (quedas, frio) . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. . Dispositivos existentes para apoio à população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento-teleassistência; - Entrega de folhetos de informação alusivos a comportamentos de prevenção de acidentes: <ul style="list-style-type: none"> • “Prevenir para não cair...” • “Inverno em segurança” 	Expositivo Demonstrativo Interativo	Datashow Powerpoint/ Comunicação/ Demonstração equipamentos/ Discussão	Susana Simões; Elemento da GNR; Representante da Helpphone
Conclusão e	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de questões; 	Interativo	Discussão/	Helena Pires; Susana Simões;

Avaliação		- Convívio e confraternização entre os participantes através de <i>coffee break</i>		Convívio - <i>coffee break</i>	Elemento da GNR; Representante da Helpphone
-----------	--	---	--	--------------------------------	---

Quadro 15 – Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”

Apêndice XIX – Diapositivos em *powerpoint* apresentados na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”

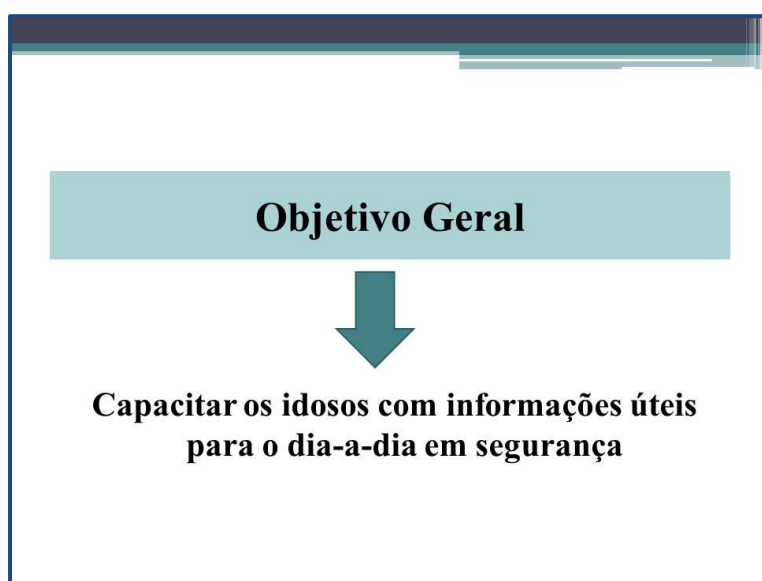


Segurança do Idoso

Elaborado por : Aline Jordão; Maria Helena Pires; Maria Rosário Semedo; Nélia Lourenço; Susana Simões

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

6 de Dezembro de 2013



Objetivos Específicos

- ➡ Informar idosos sobre cuidados a ter na prevenção da queda;
- ➡ Alertar idosos sobre cuidados a ter com o frio.

Diagnóstico de Saúde



A média de idades da população é de 76 anos;

Dos 290 idosos inquiridos, constatámos que 74 vivem sozinhos (25,5%)

Quedas



91 idosos (31,4%) caíram nos últimos 6 meses;

97 idosos (33,4%) têm muitas vezes medo de cair.

Quedas



141 idosos (48,6%) deixaram de fazer algumas atividades por terem medo de cair;

São as mulheres que apresentam mais quedas;

As pessoas mais idosas têm mais quedas;

Uma menor capacidade de mobilização está associada à existência de quedas.

Características das Habitações



95 idosos (32,8%) possuem obstáculos na circulação da sua habitação;

266 idosos (91,7%) referiram que as suas habitações têm iluminação adequada;

102 inquiridos (35,2%) não têm piso antiderrapante na sua habitação;

48,3% das habitações têm humidade.

Fatores de Risco de Queda

Viver sozinho;

Tomar medicamentos, em especial medicamentos com efeito calmante;

Doenças crónicas tais como artroses, depressão, osteoporose e problemas visuais.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com o chão

- Limpo e seco;
- Sem irregularidades;
- Sem tapetes.



Como evitar as quedas?

Na Casa de Banho

- Usar tapetes anti-derrapantes na banheira, na base do chuveiro e no chão;
- Usar barras de apoio junto à sanita e banheira;
- Usar banco sanitário.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com a mobília



- Evitar móveis com arestas aguçadas;
- Gavetas e portas de armários sempre fechados.

Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com as escadas/corredores

- Usar corrimão seguro e de preferência de ambos os lados;
- Assinalar o último degrau;
- Manter todos os corredores e escadas livres.



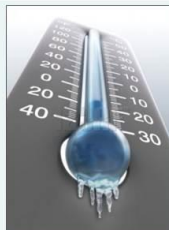
Outras Recomendações



Cuidados a ter com o frio

• Grupos mais vulneráveis ao frio •

- Crianças
- Idosos
- Os sem-abrigo
- Pessoas cuja habitação tenha mau isolamento térmico
- Doentes crónicos, principalmente com problemas respiratórios e cardiovasculares



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- Antes do Inverno, verifique os equipamentos de aquecimento da sua casa;
- Se tiver lareira mande limpar a chaminé, se necessário;
- No caso de prever-se a aproximação de um período de grande frio ou neve forte, faça as suas compras alimentares e outras que cheguem para um período de 2 a 3 dias para evitar ter de sair de casa;



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- Verifique ainda a necessidade de botijas de gás suplementares;
- Verifique se tem medicamentos suficientes;
- Evite dormir/descansar muito perto do aquecimento;
- NÃO use fogareiro a carvão.



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- A utilização de sacos de água quente deve ser feita sempre sob vigilância para evitar o risco de queimadura.



Vestuário

- Tape as extremidades (mãos, pés, cabeça);
- Use roupas folgadas e calçado adequados à temperatura ambiente, protegendo as extremidades;
- Use várias camadas de roupa em vez de uma única muito grossa;



Cuidados de Higiene



- Mantenha a higiene pessoal;
- Tome banho com água morna: água muito quente remove a camada protectora natural da pele;
- Mantenha a pele hidratada: hidrate todo o corpo não esquecendo mãos, pés, cara e lábios;
- Quando tomar banho, embrulhe-se na toalha e/ou tenha a sala aquecida.

Alimentação

- Ingira bebidas e alimentos quentes;
- Coma alimentos ricos em vitaminas e sais que protegem contra infecções.



E os que vivem sós?



- Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante: faça um telefonema ou contacte pelo menos uma vez por dia com pessoas sós/isoladas;
- Certifique-se que ele se encontra de boa saúde e em condições de conforto.



Viagem de automóvel

- No caso de andar de carro tenha em conta que pode ficar bloqueado;
- Previna-se: leve roupas quentes, mantas e roupa para troca bem como comida e bebidas quentes num termo;
- Tenha um mapa à mão;
- Evite viajar sozinho de automóvel;
- Ligue o aquecimento do veículo 10 minutos em cada hora e baixe os vidros uns milímetros para arejar.

Outras Recomendações

- Evite entrar e permanecer em locais fechados e com grande concentração de pessoas, onde se transmitem os vírus, em particular, a gripe;
- Evite o contacto com outras pessoas doentes.



Apêndice XX – Folheto informativo “Prevenir para não cair...”

COMO EVITAR AS QUEDAS

Cuidados a ter com a mobília

- Evitar móveis com arestas aguçadas;
- Gavetas e portas de armários sempre fechados.



Cuidados a ter com as escadas/corredores

- Usar corrimão seguro e de preferência de ambos os lados,
- Assinalar o último degrau,
- Manter todos os corredores e escadas livres.



OUTROS CONSELHOS ÚTEIS PARA PREVENIR QUEDAS

- Use roupas confortáveis, de acordo com o clima e sempre sapatos antiderrapantes, evite chinelos,
- Evite ambientes mal iluminados, deixe sempre uma fonte de luz de fácil acesso,
- Facilite o acesso a objetos de uso frequente,
- Não deixe objetos ou fios no chão;
- Não carregue objetos pesados e volumosos, cuide da sua coluna,
- Mantenha postura adequada / pratique exercícios de alongamento,
- Fique atento a efeitos colaterais de medicamentos,
- Usar óculos apenas receitados pela oftalmologista.

Realizado pelas Enfermeiras mestrandas em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^a Helena Pires
- ☺ M^a Rosário Smedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE



PREVENIR PARA NÃO CAIR...



Dezembro
2013

SABIA QUE ...

- A queda em idosos pode causar sérios prejuízos à sua qualidade de vida, podendo levar à imobilidade, dependência de familiares, podendo nos casos mais graves levar à morte.



- A queda em pessoas idosas está muito associada à dificuldade de visão, auditiva; uso inadequado de medicamentos, dificuldade de equilíbrio, perda progressiva de força nos membros inferiores, dificuldade de mobilização, osteoporose, entre outras situações clínicas mais frequentes nos idosos.
- As pessoas mais idosas têm assim mais quedas; e este risco aumenta progressivamente com a idade.



- São as mulheres que apresentam mais quedas.

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

- As consequências de quedas podem ser graves:
 - As fraturas ósseas (principalmente bacia, perna e punho);
 - Traumas cranianos;
 - Ferimentos vários.
- Mesmo quando os ferimentos são leves, as consequências psíquicas podem gerar sentimentos de nervosismo, fragilidade, vergonha e depressão, medo de andar e cair novamente, podendo levar o idoso a restringir a sua mobilidade.

FATORES DE RISCO DE QUEDAS

- Viver sozinho;
- A maioria das quedas ocorre dentro do próprio ambiente doméstico, causadas por exemplo por tapetes, piso molhado, uso inadequado de chinelos, animais de estimação...
- Tomar medicamentos, especialmente com efeito calmante;
- Doenças crônicas tais como artroses, depressão, osteoporose, vertigem, assim como dificuldades de visão e auditivas.

COMO EVITAR AS QUEDAS

Cuidados a ter com o chão

- Limpo e seco;
- Sem irregularidades;
- Sem tapetes.



Na Casa de Banho

- Usar tapetes anti-derrapantes na banheira e na base do chuveiro;
- Usar barras de apoio junto à sanita e banheira;
- Usar tapetes anti-derrapantes no chão;
- Usar banco sanitário



Apêndice XXI – Folheto informativo “Inverno em segurança”

CUIDADOS DE HIGIENE



- Mantenha a higiene pessoal;
- Tome banho com água morna: água muito quente remove a camada protetora natural da pele;
- Mantenha a pele hidratada: hidrate todo o corpo não esquecendo mãos, pés, cara e lábios;
- Quando tomar banho, embrulhe-se na toalha e/ou tenha a sala aquecida.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO



- Ingira bebidas e alimentos quentes;
- Ingira 1,5L de líquidos por dia (com o frio os idosos tendem a beber pouca água, o que pode levar desidratação);
- Coma alimentos ricos em vitaminas (frutas) protegem contra infeções.

CUIDADOS AOS QUE VIVEM SÓS

- Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante: faça um telefonema ou contacte pelo menos uma vez por dia com pessoas sós/isoladas;
- Certifique-se que se encontram de boa saúde e em condições de conforto.

CUIDADOS EM VIAGEM DE AUTOMÓVEL

- No caso de andar de carro tenha em conta que pode ficar bloqueado, previna-se: leve roupas quentes, mantas e roupa para troca bem como comida e bebidas quentes num termo;
- Tenha um mapa à mão;
- Evite viajar sozinho de automóvel;
- Ligue o aquecimento do veículo 10 minutos em cada hora e baixe os vidros uns milímetros para arejar.



OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Evite entrar e permanecer em locais fechados e com grande concentração de pessoas, onde se transmitem os vírus, em particular a gripe;
- Evite o contacto com outras pessoas doentes.

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária:

☺ Aline Jordão
☺ M^a Helena Pires
☺ M^a Rosário Semedo
☺ Nélia Lourenço
☺ Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



INVERNO EM SEGURANÇA



Dezembro
2013

O TEMPO FRIO E CHUVOSO PROPICIA...

- A ocorrência de acidentes específicos, quer dentro da habitação (intoxicações, queimaduras), quer na rua (quedas, acidentes de viação);



- Ao aparecimento de doenças, em especial do foro respiratório (constipação, gripe, e outras complicações), assim como hipotermia (baixa temperatura corporal), desidratação (por baixa ingestão de líquidos).

GRUPOS MAIS VULNERÁVEIS AO FRIO

- Crianças;
- Idosos;
- Doentes crónicos, principalmente com problemas respiratórios e cardiovasculares;
- Pessoas cuja habitação tenha mau isolamento térmico;
- Os sem-abrigo.



CUIDADOS A TER NO DOMICÍLIO

- Antes do Inverno, verifique os equipamentos de aquecimento da sua casa;
- Se tiver lareira mande limpar (se necessário);
- Se utilizar lareiras, braseiras, salamandras ou equipamentos a gás (esquentador) mantenha a correta ventilação das divisões de forma a evitar a acumulação de gases nocivos à saúde;
- Evite dormir/descansar muito perto do aquecimento;
- Não use fogareiro a carvão;
- Verifique ainda a necessidade de botijas de gás suplementares e se se encontram em segurança;
- No caso de se prever a aproximação de um período de grande frio ou neve forte, faça as suas compras alimentares e outras que cheguem para um período de 2 a 3 dias para evitar ter de sair de casa.



CUIDADOS A TER NO DOMICÍLIO

- Verifique também se tem medicamentos suficientes;
- A utilização de sacos de água quente deve ser feita sempre sob vigilância para evitar o risco de queimadura;
- Proteger os sacos com bolsa de pano para evitar o contacto directo com a pele;
- Ter atenção na colocação da água dentro do saco. Os tremores e os problemas visuais podem dificultar, aumentando o risco de queimadura.



CUIDADOS A TER COM VESTUÁRIO

- Tape as extremidades (mãos, pés, cabeça);
- Use roupas folgadas e adequadas à temperatura ambiente;
- Use calçado adequado, confortável, quente e anti-derrapante;
- Use várias camadas de roupa em vez de uma única muito grossa.



**Apêndice XXII – Fotografias da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”
realizada a 6 de dezembro de 2013**



Figura 10 – Apresentação do grupo de mestrandas na Sessão “Segurança do Idoso”



Figura 11 – Apresentação da GNR sobre Idosos em Segurança



Figura 12 – Apresentação da Helpphone sobre Teleassistência Domiciliária



Figura 13 – Foto do auditório da Junta de Freguesia de Tramaga

Apêndice XXIII – Publicação de artigos “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos ” e “Saber mais, viver melhor” no Jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “Sor Saúde”

Centro de Saúde de Ponte de Sor

"Sor Saúde" é o primeiro jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sôr. Este é o espaço em que partilhámos os nossos conhecimentos. Sejam muito bem-vindos e estejam à vontade para comentar e divulgar!

Sejam muito bem-vindos.

FlashVortex.com

INICIO OBJECTIVOS MISSÃO VISÃO VALORES GABINETE DO UTENTE ECCI JUNTE-SE A NÓS

CONTACTOS




GABINETE DO CIDADÃO/UTENTE



EUREKA!

Finalmente concretiza-se um sonho e, como dizia António Gedeão, "sempre que o Homem sonha, o mundo pula e avança".

"SOR SAÚDE" é o primeiro jornal do Centro de Saúde e tudo faremos para que tenha continuidade. É um projecto ambicioso, sabemos-lo bem! Mas o que seria de nós sem ambição, sem a vontade contínua de irmos mais além?

Este jornal pretende:

- Informar/divulgar
 - das actividades do Centro de Saúde
 - das actividades da ULSNA e da ARSA
 - das actividades dos Centros de Saúde que nos rodeiam e que, connosco queiram colaborar
 - das actividades da comunidade, que possam, de algum modo, ter interesse na área da saúde
- Formar/Educar

Teremos sempre alguns artigos que visem a transmissão de conhecimentos, sobre assuntos variados, mas do interesse de todos, quer colaboradores, quer da comunidade.

· Divertir, porque "tristezas não pagam dívidas" e "rir é o melhor remédio". Em todas as suas edições, "SOR SAÚDE" terá um espaço lúdico, feito com a colaboração de todos e que pretende funcionar como válvula de escape para o stress da vida.

terça-feira, 21 de Janeiro de 2014

DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS!

O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade.

Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida connosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar.

A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados.

Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designadamente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).
- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.
- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.
- Em pé ande o mais direito possível.
- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.
- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e coxas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.
- A comodidade do calçado é fundamental – sapato cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

colaboração de todos e que pretende funcionar como válvula de escape para o stress da vida.

Mas, fundamentalmente, pretende:

- Constituir-se como um espaço de partilha de ideias onde todos possam participar, possam expor os seus pontos de vista, as suas opiniões, não só sobre os problemas da Saúde e das instituições, mas também, sobre todos os problemas que interessam à comunidade.
- Ser a argamassa, o cimento, que una os "tijolos", que somos todos nós. Que nos dê o sentido de pertença e de grupo. Que nos torne na equipa coesa, que pretendemos ser.

Como diz o provérbio chinês "todas as flores do futuro estão contidas nas sementes do presente". Que esta semente que agora semeamos e que, com todas as vontades congregadas, alimentaremos, regaremos, cuidaremos, nos maravilhe com as suas flores e nos delicie com os seus frutos.

Dr. Fernando Rodrigues
Director do Centro de Saúde de Ponte de Sôr
Outubro de 2008

características próprias, a MISSAO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS, têm características que se diferenciam.

Pesquisar neste blogue

BLOGUES

-  **Montargil Saudável**
Comemoração do Dia Mundial da Diabetes
Há 2 meses
-  **Geração Inconformados**
Há 1 ano
-  **Gabinete de Saúde e Bem Viver**
Há 1 ano
-  **Pallium Centro de Saúde de Nisa**
Repórter TVL: «Condição humana»
Há 1 ano
-  **UCC AMMAYA**
Dia da Inauguração da UCC AMMAYA.
Há 3 anos
-  **CPCJ de Ponte de Sôr**
Entrevista de Maria da Conceição Loureiro (Presidente do CPCJ de Ponte de Sôr) ao Jornal "aponte"
Há 3 anos
-  **TEIPontesor**
Organograma TEP II
Há 3 anos
-  **Centro de Recuperação Infantil de Ponte de Sôr**
Dia da Alimentação Saudável - 16 Outubro 2009
Há 4 anos

LINHAS DE EMERGÊNCIA

Número Europeu de Emergência
112
Saúde 24
808 24 24 24
Intoxicações - INEM
808 250 143

LINHAS DE APOIO

Linha Verde de Medicamentos e Gravidez
800 20 28 44
Linha SOS – Deixar de Fumar
808 20 88 88
Sexualidade em Linha
808 222 003
Linha Cancro
808 255 255
Linha Contra o Cancro
213 619 542
Linha SOS Grávida
808 20 11 39
Linha SOS SIDA
800 20 10 40
Linha Vida – SOS Droga
14 14
Linha do Medicamento
800 222 444
Linha SIDA
800 26 66 66

- A comodidade do calçado é fundamental – sapato cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor evitar manobras perigosas e excesso de velocidade.

Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo.

Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

SABER MAIS, VIVER MELHOR!

Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou adiadas.

Os hábitos menos saudáveis, marcam a infância e a fase adulta, traduzindo-se em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dislipidémia) o enfarte do miocárdio, o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Esses hábitos passam pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela baixa ingestão de alimentos protectores como os frutos e hortícolas e pela sedentarismo, afectando adultos mas também crianças, que crescem doentes.

As refeições rápidas e apelativas, a publicidade, o stress das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comemos ou praticar exercício físico, fazem-nos comer mais e pior, criando o ambiente ideal para o aparecimento destas doenças.

Sabia que está na suas mãos mudar estes dados? É verdade! Se apostar num estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informação e conhecimento. Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e este é o bem mais precioso que temos para preservar.

Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida. Para ajudá-lo a começar, deixamos-lhe algumas sugestões:

- Pare um pouco para olhar por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender e agir perante o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares.
- Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir.
- Procure comer frutos e hortícolas da época, em todas as refeições.
- Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária.
- Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os assados com muita gordura.
- Evite as gorduras de origem animal, reduzindo o consumo de carne e aumentando o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados.
- Evite as gorduras hidrogenadas (*trans*), como bolachas, pastelaria e confeitaria, pães de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, *snacks*, aperitivos e batatas fritas de pacote.



Considera que o Sor Saúde deveria ter artigos relacionados com que área?

Medicina	1
Enfermagem	2 (66%)
Serviços Administrativos	1 (33%)
Psicologia	2 (66%)
Serviço Social	1 (33%)
Saúde Oral	2 (66%)
Ambiente	2 (66%)
Alimentação	2 (66%)
Fisioterapia	1 (33%)

Votos apurados: 3
Sondagem fechada

LINKS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo
- Agrupamento Vertical Escolas Ponte de Sor
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- Câmara Municipal de Ponte de Sor
- Direcção Geral de Saúde
- Escola Secundária de Ponte de Sor
- Ministério da Saúde
- Missão para os cuidados de saúde primários

- Reduza o consumo de sal, até 5gr/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, enlatados, enchidos, fumados, manteigas, refeições prontas, e etc. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menos sódio, sendo melhor no controle da tensão arterial. Não leve o sal para a mesa e aposte nos coentros, salsa, orégãos, louro, manjerição, bem como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos.
- Faça exercício diariamente.
- Crie o hábito de consultar os rótulos. Confirme e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos.

Como profissionais de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões

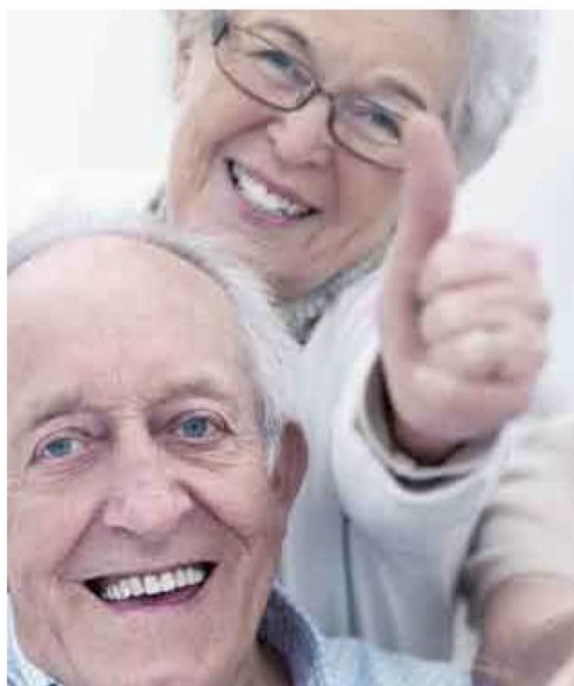
Grupo de alunas da Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Saúde de Portalegre

Apêndice XXIV – Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal “Aponte”

Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!

O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade. Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida conosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar. A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados. Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designa-



damente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).

- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas

fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.

- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.

- Em pé ande o mais direito(a) possível.

- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.

- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e coxas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.

- A comodidade do calçado é fundamental – sapato

cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, e evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor deve evitar manobras perigosas e excesso de velocidade. Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo. Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^{te} Helena Pires, M^{te} Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Apêndice XXV – **Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor” no Jornal “Aponte”**

Saber mais, viver melhor!



Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou adiadas.

Os hábitos menos saudáveis, marcam a infância e a fase adulta, trazendo-se em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dislipidemia) o enfarte do miocárdio, o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Esses hábitos passam pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela baixa ingestão de alimentos protectores como os frutos e hortícolas e pelo sedentarismo, afetando adultos mas também crianças, que crescem doentes. As refeições rápidas e apelativas, a publicidade, o stress das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comemos ou praticar exercício físico, fazem-nos comer mais e pior, criando o ambiente ideal para o aparecimento destas doenças. Sabia que está na suas mãos mudar estes dados? É verdade! Se apostar num estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informa-

ção e conhecimento. Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e este é o bem mais precioso que temos para preservar. Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida. Para ajudá-lo a começar, deixamos-lhe algumas sugestões:

Pare um pouco para olhar por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender e agir perante o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares. Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir. Procure comer frutos e hortícolas da época, em todas as refeições. Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária. Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os assados com muita gordura. Evite as gorduras de origem animal, reduzindo o consumo de carne e aumentando o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados. Evite

as gorduras hidrogenadas (trans), como bolachas, pastelaria e confeitaria, pães de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, snacks, aperitivos e batatas fritas de pacote. Reduza o consumo de sal, até 5gr/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, enlatados, enchidos, fumados, manteigas, refeições prontas, e etc. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menos sódio, sendo melhor no controle da tensão arterial. Não leve o sal para a mesa e aposte nos coentros, salsa, orégãos, louro, manjerição, bem como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos. Faça exercício diariamente. Crie o hábito de consultar os rótulos. Confirme e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos. Como profissionais de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões - Grupo de alunas da Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Saúde de Portalegre

Apêndice XXVI – Cronograma da Intervenção Comunitária

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18
Reunião com a GNR																			
Reunião com a Helpphone																			
Reunião com Presidente de União de Freguesias (Tramaga)																			
Reunião com Presidente da Câmara de Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social																			
“Atelier de Saúde” associado à Comemoração de “São Martinho”																			
“Fórum Comunitário”																			
Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”																			
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”																			
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos”																			

Legenda:  Fase de Preparação,  Fase de Execução,  Interrupção escolar

Quadro 16 – Cronograma da Intervenção Comunitária

ANEXOS

Anexo I – Edital da União de Freguesias sobre a realização do “Atelier de Saúde”

UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E
VALE DE AÇOR

Convite

Comemoração do S. Martinho

A União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, convida toda a população a participar na comemoração do S. Martinho, dia 16 de novembro na sede do Grupo Desportivo de Tramaga.

Programa:

20h – Início da castanhada e prova da água-pé com porco assado no espeto;

20h30 – Início do baile com o organista A.L. Caldeira.

Informa-se ainda que, estará presente um Atelier de Saúde organizado por um grupo de alunas da Escola Superior de Saúde de Portalegre, com o objetivo de avaliar a tensão arterial, glicemia capilar e esclarecimento de dúvidas/informação.

União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, 07 de novembro de 2013.

O Presidente da União de Freguesias,



Dr. José Manuel dos Santos

Anexo II – Edital da União de Freguesias sobre a realização da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”

União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor

Informação

Sessão Formativa – “Segurança do Idoso”

----José Manuel dos Santos, Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, informa que vai ocorrer uma sessão formativa gratuita sobre **“Segurança do Idoso”**, resultante do Diagnóstico de Saúde realizado à População com 65 ou mais anos, pelo Grupo de Enfermeiras do III Curso de Especialização de Enfermagem Comunitária, no dia **06 de Dezembro**, pelas **14 horas**, no Salão/biblioteca da Junta de Freguesia de Tramaga. -----

----Informa ainda que, a referida sessão resulta de uma parceria entre as Enfermeiras que realizaram este estudo, a GNR e a empresa Helpphone de Teleassistência ao domicílio, os quais vão abordar temas como a Prevenção de Acidentes Domésticos e Segurança no Lar, Segurança do Idoso e a Importância da Teleassistência no Idoso (com demonstração dos serviços, telefones e comandos remotos da empresa Helpphone).-----

----E para constar se passou este e outros de igual teor que vão ser afixados nos lugares públicos de costume.-----

----União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, aos vinte e seis dias de novembro de dois mil e treze. -----

O Presidente da União de Freguesias,


José Manuel dos Santos

**Anexo III – Notícia sobre a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”
publicada no Jornal “Ecos do Sor” a 10 de dezembro de 2013**

Sessão de esclarecimento alertou para segurança dos idosos

"Segurança do Idoso" foi este o mote da sessão de esclarecimento que teve lugar no auditório da Junta de Freguesia de Tramaga na passada sexta-feira dia 6 de dezembro. A sessão foi organizada por uma parceria conjunta entre um grupo de alunas do Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a empresa de Teleassistência Helpphone. A iniciativa teve como objetivo sensibilizar para esta temática não só os idosos, mas também as suas famílias, e as entidades competentes, destacando as medidas que contribuem para um dia-a-dia mais seguro na vida do idoso. "Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar", "Segurança do idoso" e "Teleassistência" foram os temas abordados na sessão.

**Anexo IV – Folheto distribuído pela GNR na Sessão de Educação para a Saúde
“Segurança do Idoso”**

Não forneça qualquer informação sua, de vizinhos ou de conhecidos a estranhos, pois poderá ser usada para a prática de outras burlas.

Procurer cultivar relações de boa vizinhança. O apoio mútuo entre vizinhos de confiança pode ajudar em situações duvidosas ou de emergência.

Na rua transporte consigo apenas o dinheiro necessário. Evite usar objectos de valor, carteiras na mão ou no bolso, de forma visível.

Tenha sempre à mão os números de telefone para poder comunicar com alguém, principalmente com a GNR.

Como agir se confrontado com este tipo de situação:

Se for ameaçado ou agarrado, procure chamar a atenção gritando.

Mantenha sempre a calma, não se precipite, não mostre sinais de nervosismo e tente anotar a matrícula, marca e modelo do veículo;

Memorize o número de indivíduos e sua descrição física (altura, sexo, raça, cabelo, cor olhos, bigode, barba, óculos, etc.), bem como vestuário (tipo de roupa, cores, etc.).

Atente ainda nos sinais particulares (tatuagens, sinais, «piercings», deficiências, etc.), na pronúncia e/ou nacionalidade.

Apresente a sua queixa imediatamente.



GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

www.gnr.pt



Lembre-se sempre:

Veículos:

Matrícula

Marca

Modelo

Cor

Para onde foi

Nº ocupantes

Pessoas:

Idade

Altura

Sexo

Etnia

Cabelo

Cor dos olhos

Bigode

Barba

Óculos

Tatuagens, sinais,

Piercings

Roupas

Deficiências

MINISTÉRIO DA
ADMINISTRAÇÃO INTERNA
GUARDA NACIONAL
REPUBLICANA

IMPORTANTE:

Passe esta
mensagem

**CUIDADO
COM AS
BURLAS**

OBRIGADO

Burlas a Idosos

Este documento tem como objectivo dar a conhecer junto das populações os métodos que os burlões utilizam, para que todos se possam precaver se forem abordados por estes indivíduos. Assim, solicita-se que se divulgue:

Como actuam os burlões

O modo de actuação destes indivíduos é simples e eficaz: são pessoas bem vestidas (fato e gravata), com voz calma e afável e com uma conversa muito convincente e cativante, que leva as vítimas a fazer aquilo que não querem. Uns afirmam ser da Segurança Social e pretendem ajudar os idosos a trocar o dinheiro, uma vez que as notas perderam a validade ou vão sair de circulação. Outros dizem que são funcionários do banco e que estão ali para substituir o cartão Multibanco velho por um novo. Após terem o cartão na sua posse, pedem o respectivo código e fogem. Existem também os que se apresentam como familiares e, justificando a sua aproximação com a entrega de encomendas, solicitam dinheiro em troca. Também é frequente os burlões informarem a vítima que ganharam um chorudo prémio ou que possuem poderes curativos e de bruxaria que afastam todo e qualquer mal das vítimas.

Há, ainda, os denominados "contos do vigário", entre os quais o praticado por duas pessoas (o burlão e o cúmplice). Neste exemplo o burlão aborda as vítimas dizendo que procura alguém que era muito amiga do seu pai, pessoa bastante rica e que se encontra bastante doente quase a morrer. A pessoa abordada (normalmente idosa) responde que não conhece, e é nesta altura que surge o cúmplice (que parece não ter nada a ver com o primeiro) que diz ter conhecido a pessoa procurada mas que já faleceu há uns anos e prontifica-se a ajudar.

O burlão então diz que pretendia entregar uma quantia elevada em dinheiro a essa pessoa, mas como ela faleceu, propõe então entregar parte desse dinheiro a uma Instituição de Solidariedade Social e dividir o restante pela vítima e pelo cúmplice como recompensa de o terem ajudado a cumprir a última vontade do seu pai.

Em seguida diz à vítima que para receber esse dinheiro a mesma terá de provar a sua idoneidade (sempre a pedido do seu pai) mostrando que possui a mesma quantidade em dinheiro vivo daquela que vai receber e entregá-la ao burlão. O cúmplice concorda de imediato e dispõe-se a mostrar o seu dinheiro e, para isso, vai a uma agência bancária onde efectua um levantamento fictício para entregar ao burlão um embrulho, supostamente, com dinheiro, induzindo a vítima a fazer o mesmo.

A vítima com a ambição de ganhar aquele dinheiro fácil acede e levanta a quantia acordada que, normalmente, entrega ao primeiro burlão como prova da sua idoneidade.

Nesta altura com a presença do dinheiro o burlão faz uma exigência para que aquele acordo fique escrito em papel de 25 linhas (exigência do seu pai) e pede à vítima para ir comprar essa folha a uma papelaria. Quando esta acede ao pedido, os burlões aproveitam para fugir com o seu dinheiro. Quando não se conseguem livrar da vítima, rapidamente arranjam maneira de trocar o seu dinheiro, e sem esta se aperceber substituem a pasta com o dinheiro por outra igual, mas só com papeis, ficando a vítima desta forma sem o dinheiro.

Conselhos da GNR para evitar as burlas

Em casa mantenha as portas e janelas fechadas. Caso seja possível, coloque um óculo e uma corrente de segurança na sua porta. Não deixe entrar pessoas suspeitas ou desconhecidas, sem ter a certeza de quem são.

Todos os funcionários dos serviços oficiais cobradores de água, seguros, etc... têm cartões de identificação própria. Verifique pela fotografia. Não confie em estranhos bem-falantes e cheio de boas intenções. Em caso de dúvida não deixe entrar e comunique de imediato à GNR ou PSP.

Não demonstre estar sozinho, mesmo que não esteja ninguém em casa, não hesite em chamar por um familiar próximo, isso afasta qualquer burlão. Não demonstre sinais de ter posses, dinheiro, ouro ou outros bens valiosos em casa.

**Anexo V – Folheto distribuído pela Helpphone na Sessão de Educação para a Saúde
“Segurança do Idoso”**

Serviços prestados

A HELPPHONE tem ao seu dispor três tipos de serviços a nível nacional

SOS Emergência 24

- Envio urgente de médicos, enfermeiros, ambulâncias, polícia, bombeiros
- Contactos com familiares, amigos
- Voz amiga / Solidão

Mediphone 24

- Assessoria médica pelo telefone
- Indicação sobre clínicas, hospitais e farmácias de serviço
- Serviço de Alerta: Contactos agendados a pedido do cliente

Assistência 24

Envio de profissionais Experientes

- Canalizadores, pintores, electricistas...

Peça uma demonstração Gratuita

Helpphone - Tecnologias de Comunicação, S.A.

ANDRÉ ROCHA
Coordenador de Operações
Tlm.: 934 493 904

Rua Dr. Pedro de Sousa, 660 | 4100-389 Porto
Telf. 226 106 740 Fax. 226 106 741 | Linha Azul : 808 233 347
contacto@helpphone.pt • www.helpphone.pt
Contribuinte n.º 505 324 920 CS 300 800E C.R.C. PORTO N.º 56442

LINHA AZUL: 808 233 347

**Prevenção, Segurança
Tranquilidade**

**HELP
PHONE**

24horas Sempre Consigo

**Lideramos a Teleassistência
Domiciliária em Portugal**

SGS
certificação
acreditada
IFAC



Terminal Fixo Simple 1ª geração + 2ª geração

Robusto e eficaz, este terminal de 1ª geração está desenhado para poder operar eficazmente numa área de até 200m², assegurando a comunicação em perfeitas condições. O Botão de alarme, totalmente estanque e resistente ao choque, pode ser utilizado no pulso (tipo relógio) ou como colar. Uma vez activado o dispositivo, o mesmo captura de imediato a linha telefónica e chama o Call Center de emergência de forma repetida até a chamada ser atendida. Em caso de falha de eléctrica, o dispositivo pode continuar a operar por várias horas graças à sua bateria interna. Simultaneamente o utilizador será avisado por alerta sonoro da situação, sendo de igual forma enviado um alerta silencioso para o Call Center a notificar a ocorrência. Com as mesmas características funcionais do terminal de 1ª geração, este novo equipamento apresenta um design renovado e mais compacto, bem como oferece algumas melhorias técnicas no que toca ao alcance do botão de emergência e qualidade do sistema alta-voz.



Terminal Fixo Advance

Este dispositivo apresenta as mesmas características do Terminal Fixo Simple mas acrescenta a possibilidade de lhe associar um botão de activação remoto que é ele próprio um intercomunicador, aumentando assim o raio de utilização do dispositivo. Com o Terminal Advance fale comodamente de onde estiver sem precisar de se deslocar.



Terminal Combo Fixo-Móvel (Brevemente disponível)

A combinação perfeita entre o Fixo e o Móvel. Este terminal topo de gama permite combinar comunicações fixas com comunicação GSM. Integra ainda um módulo GPS (permite georreferenciação e geo-fencing) e um sensor de queda (que activa automaticamente a chamada em caso de perda de equilíbrio). Quando se encontrar em casa, basta encaixar o dispositivo móvel na base para que este comece imediatamente a carregar e se transforme num intercomunicador fixo, o qual pode ser activado e usado como qualquer um dos outros terminais Helpphone. Quando vai para o exterior, basta levar consigo o dispositivo móvel para que possa estar sempre em condições de utilizar os nossos serviços.



Terminal Móvel Relógio-Alerta

Este equipamento combina as funcionalidades de um normal relógio digital de pulso com as de um sistema de teleassistência móvel GSM e localizador GPS. Pressionando o botão SOS do dispositivo é de imediato enviado um SMS para o Call Center com os dados de identificação do chamador para a eventualidade de falhar a comunicação por voz. De seguida é colocada uma chamada automática para o Call Center, a qual será repetida até a mesma ser atendida. O equipamento permite ainda ao Call Center inquirir silenciosamente a localização geográfica do Utente (comunicação de dados), a qual também pode ser consultada pelo Utente no visor do dispositivo. Quando solicitado pode também ser definida área limite de movimentação, sendo o Call Center notificado automaticamente caso a mesma seja ultrapassada.



Terminal Telemóvel Sénior Simple

Este equipamento consiste num telemóvel especificamente desenhado tendo em vista a sua utilização por pessoas seniores. O dispositivo apresenta botões e visor com caracteres de grandes dimensões para fácil visualização e utilização. O equipamento incorpora ainda uma lanterna e um rádio FM, podendo este último ser utilizado sem necessidade de auricular. Com uma bateria de grande autonomia, o dispositivo contempla ainda um botão de pânico para activação de chamada em alta voz para o Call Center de teleassistência. (Nota: terminal para uso exclusivo com SIM adquirido pelo Cliente)



Terminal Telemóvel Sénior Advance

Este equipamento consiste num telemóvel especificamente desenhado tendo em vista a sua utilização por pessoas seniores. O dispositivo apresenta botões e visor com caracteres de grandes dimensões para fácil visualização e utilização. O equipamento incorpora um rádio FM e uma câmara fotográfica, bem como disponibiliza funções de Agenda e Calendário. Com uma bateria de grande autonomia, o dispositivo contempla ainda um botão de pânico para activação de chamada em alta voz para o Call Center de teleassistência. (Nota: terminal para uso exclusivo com SIM adquirido pelo Cliente)